



Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsver- sorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Inhalt

1. Vorbemerkungen	2
2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	3
2.1. Nr. 12 zu § 39d SGB V - Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken	3
2.1.1. Referentenentwurf	3
2.1.2. Stellungnahme	3
2.1.3. Änderungsvorschlag	4
2.2. Nr. 20 zu § 75 SGB V - Inhalt und Umfang der Sicherstellung	6
2.2.1. Referentenentwurf	6
2.2.2. Stellungnahme	6
2.2.3. Änderungsvorschlag	6
3. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG Artikel 15 Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und - personalstatistikgesetz – GAPSG)	7
3.1. Referentenentwurf	7
3.2. Stellungnahme	7
3.3. Änderungsvorschlag	8

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Christine Eberle, Berit Leinwand, Annette Simon, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost
mit Steuerbescheid vom 27.05.2020, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

1. Vorbemerkungen

Mit dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes will die Bundesregierung unter anderem die Rolle der Kommunen bei der Netzwerkbildung in der Hospizarbeit stärken, Vereinfachungen bei den Terminservicestellen vornehmen und die Gesundheitsstatistik des Bundes verbessern. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz unterstützt diese Ansätze, sieht aber weitergehenden Verbesserungsbedarf.

Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken

Zur nachhaltigen Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung bekräftigen die Patientenschützer ihre Forderung, Sterbenden in Pflegeheimen endlich einen eigenen Anspruch auf Hospizversorgung zu gewähren. Denn Pflegeheime sind ebenso wie stationäre Hospize Orte des Sterbens. Dennoch gibt es für die aufwendige Versorgung Sterbender in stationären Pflegeheimen bisher keine angemessene Vergütung durch die Krankenkassen. Schon 2015 hat die Deutsche Stiftung Patientenschutz ein konkretes Modell für einen solchen Rechtsanspruch beschrieben (siehe 2.1.3.).

Konkretisierung der Aufgaben der Terminservicestellen

Auch bei den Konkretisierungen zu den Terminservicestellen sieht die Deutsche Stiftung Patientenschutz weiteren Handlungsbedarf. Trotz der bisher erreichten Verbesserungen fehlt es an einem Vermittlungsauftrag für fachärztliche Hausbesuche für Pflegebedürftige. Menschen, die nicht in der Lage sind, einen Facharzttermin in der Arztpraxis wahrzunehmen, benötigen die fachärztliche Versorgung an ihrem Lebensort (siehe 2.2.3.).

Gesundheitsstatistik

Die Gesundheitsstatistik wird in vier Bereichen verbessert. Insbesondere die Erweiterung der Krankheitskostenrechnung um Diagnosen und die Merkmale Alter und Geschlecht ist aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz zu begrüßen. Dennoch bleibt die Gesundheitsstatistik des Bundes lückenhaft. Es braucht endlich eine verlässliche Statistik zur Versorgung am Lebensende. Dies betrifft neben der Dauer und der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten auch die Lebenszeit im Pflegeheim und vor allem den Sterbeort (siehe 3.3.).

2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Gesundheitsversorgungserweiterungsgesetz – GVWG Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

2.1. Nr. 12 zu § 39d SGB V - Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken

2.1.1. Referentenentwurf

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll sich künftig an der Finanzierung der Koordination von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken beteiligen, sofern die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge einen Anteil in gleicher Höhe beitragen. Mit der Förderung werden Personal- und Sachkosten von sogenannten Netzwerkkoordinatoren¹ finanziert, die für alle in der Region tätigen Leistungserbringer sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen übergreifende Koordinierungstätigkeiten ausführen sollen. Die maximale Fördersumme der GKV beträgt 15.000 EUR je Kalenderjahr und Netzwerk.

2.1.2. Stellungnahme

Der Gesetzentwurf bezweckt den Aufbau von kommunalen Netzwerken in der Hospiz- und Palliativversorgung sowie eine stärkere finanzielle Beteiligung der Kommunen an der Förderung. Er konstatiert zutreffend, dass in der Vergangenheit der Beitrag der GKV an der Hospiz- und Palliativversorgung stetig gestiegen ist. So regelt § 39a SGB V die Zuschüsse für stationäre und ambulante Hospizleistungen. Nach § 39a Abs. 2 SGB V ist die Einbindung des Dienstes in ein regionales Netzwerk explizit Voraussetzung für die Bezuschussung ambulanter Hospizleistungen. So muss der Dienst mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten kooperieren. Die Rahmenvereinbarung für die ambulante Hospizarbeit hebt zudem hervor, dass Hospizdienste „Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem“² sein müssen. „Sie arbeiten im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen.“³ Auch die Rahmenvereinbarung für die stationäre Hospizarbeit sieht vor, dass sich Hospize „als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem“⁴ verstehen. „Sie sind eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern und arbeiten mit ambulanten Hospizdiensten eng zusammen“⁵.

¹ Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, bezieht sich diese immer zugleich auf Personen aller Geschlechter. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Mehrfachbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit.

² § 1 Abs. 4 Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V

³ Ebenda.

⁴ § 1 Abs. 1 Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V

⁵ Ebenda.



Zusätzlich haben Versicherte gemäß § 39b SGB V Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Dieser Anspruch ist umfassend ausgestaltet. Er beinhaltet die Beratung zu regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangeboten sowie die Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme.

Grundsätzlich bestehen also bereits die Pflicht zur Netzbildung sowie umfassende Beratungspflichten zu den bestehenden Hospiz- und Palliativangeboten. Auch wenn es in verschiedenen Regionen noch an gut funktionierender Vernetzung mangelt, wird der aktuelle Gesetzentwurf das Hauptproblem bei der umfassenden Versorgung Sterbender nicht lösen: Aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz mangelt es weiterhin an der praktischen Versorgung mit Hospiz- und Palliativangeboten am Patientenbett. Dies gilt vor allem mit Blick auf die Pflegeheime. Die Corona-Virus-Pandemie zeigt zudem deutlich die Grenzen, die die bestehende Ausgestaltung der Leistungen „Hospizbegleitung“ mit sich bringen: Noch so gut und sorgfältig organisierte Netzwerke helfen nicht weiter, wo Externen der Zugang zu Pflegeeinrichtungen verwehrt wird. Gerade in der Corona-Krise fehlt es immer noch vielerorts an praktischer und verfügbarer Hospizversorgung.

Daher bedarf es neben dem ehrenamtlichen Engagement der vielen Hospizbegleiter aus den Hospizvereinen für Pflegeheime endlich fester personeller hauptamtlicher Ressourcen für die Hospizversorgung. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert seit Langem einen eigenen Anspruch der Pflegeheimbewohner auf Hospizversorgung analog zu stationären Hospizen.

2.1.3. Änderungsvorschlag

Im Fünften Sozialgesetzbuch wird ein Rechtsanspruch für Hospizleistungen auch für Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen geschaffen. Diese Leistungen werden gewährt, wenn der Sterbende Leistungen für vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Sozialgesetzbuches oder ausschließlich nach § 65 des Zwölften Sozialgesetzbuches erhält und die gleichen Voraussetzungen wie bei einer Versorgung im stationären Hospiz erfüllt. Das Nähere zu Art, Umfang und Qualität der Versorgung ist in einer Rahmenvereinbarung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen mit den Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen zu regeln. Der Anspruch besteht, wenn die Hospizleistungen von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt verordnet werden. Die Leistungen sind zunächst auf vier Wochen zu befristen. Sie sollen hinsichtlich der Qualität und des Umfangs den Leistungen eines stationären Hospizes entsprechen. Für erbrachte Hospizleistungen erhalten Pflegeheime von der gesetzlichen Krankenversicherung eine vergleichbare Vergütung wie ein stationäres Hospiz. Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege werden – ebenfalls wie im Hospiz – darauf angerechnet. Für den Sterbenden im Heim entfallen zudem im Leistungszeitraum der Eigenanteil an den Pflegekosten sowie die Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Investitionen. Auch sie werden mit der Vergütung der Hospizleistungen durch die Krankenkasse abgedeckt, genau wie bei Hospizbewohnern. In Pflegeeinrichtungen, die gegebenenfalls für Sterbende mit besonderem Hospiz- und Palliativbedarf keine Hospizleistungen gemäß der Rahmenvereinbarung anbieten, erhalten Sterbende Anspruch auf den Wechsel in ein stationäres Hospiz, wenn sie dies wünschen.



Der detaillierte Vorschlag ist nachzulesen unter:

https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/docs/Entwurf_GE_Hospizleistungen_Pflegeheim_Dt_Stiftung_Patientenschutz.pdf

2.2. Nr. 20 zu § 75 SGB V - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

2.2.1. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf sieht eine Konkretisierung der Aufgaben der Terminservicestellen vor. So soll „im Bedarfsfall zum Zwecke der Beratung der Versicherten oder zur besseren Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit auch ein kurzfristiger telefonischer Arztkontakt ermöglicht“⁶ werden. Ziel ist es, so die Rettungsdienste und Notfallambulanzen zu entlasten. Auch sollen dadurch die Terminservicestellen und Rettungsdienststellen mehr miteinander kooperieren.

„Darüber hinaus wird der Zugang zur Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach Vorstellung in der Notfallambulanz durch Wegfall des Überweisungserfordernisses erleichtert.“⁷ Bereits geltende Ausnahmen, wie Termine beim Augenarzt oder Frauenarzt sowie in akuten Fällen oder bei der Vermittlung eines Hausarztes bleiben bestehen.

2.2.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt grundsätzlich die Konkretisierungen für die Terminservicestellen. Die Vermittlung eines schnellen Telefonats mit einem Arzt kann in vielen Situationen sinnvoll sein. Allerdings besteht bei § 75 SGB V in der Fassung des Referentenentwurfes noch Verbesserungsbedarf.

Bei den angedachten Verbesserungen werden die besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen, schwerkranken und immobilen Menschen nicht berücksichtigt. So ist im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung der Rückgang von Hausbesuchen um 19 Prozent zwischen 2009 und 2017 alarmierend⁸. Viele Pflegebedürftige zu Hause oder auch in einer Pflegeeinrichtung sind nicht in der Lage, Fachärzte in der Praxis aufzusuchen. Sie benötigen den Arzt an ihrem Lebensort. Hier muss im Referentenentwurf nachgebessert werden.

Daher fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, dass die Terminservicestellen gezielt auch Hausbesuche von Fachärzten für diese Patientengruppe vermitteln. Denn für nicht mobile Pflegeheimbewohner oder Pflegebedürftige daheim sollte der Hausbesuch anstelle des Praxisbesuchs gleichberechtigt möglich sein. Ansonsten wird sich die fachärztliche Versorgung für diese Gruppe weiter verschlechtern.

2.2.3. Änderungsvorschlag

In § 75 Abs. 1a SGB V wird die Verpflichtung aufgenommen, für Pflegebedürftige bei Bedarf auch Hausbesuche durch Fachärzte zu vermitteln.

⁶Referentenentwurf GVWG S. 72

⁷Referentenentwurf GVWG S. 51

⁸<https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Zahl-der-Hausbesuche-im-Sinkflug-231045.html>, abgerufen am 10.11.2020

3. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Gesundheitsversorgungserweiterungsgesetz – GVWG Artikel 15 Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPSG)

3.1. Referentenentwurf

Mit dem Referentenentwurf verfolgt der Gesetzgeber die Schaffung einer nationalen Rechtsgrundlage zur Gewinnung von Strukturinformationen über die Höhe der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten und des Gesundheitspersonals sowie eines regionalen Fachkräftemonitorings. Es handelt sich um die Anordnung der statistischen Erhebungen als zentrale Bundesstatistiken mit Auskunftspflicht. Demnach erhebt das Statistische Bundesamt die erforderlichen Angaben bei den Stellen, die über bundesweite Daten zu diesen Sachverhalten verfügen und bereitet diese auf.

Bei der Gesundheitsausgaben- und Finanzierungsrechnung wird die rechtliche Absicherung der durchgeführten Statistiken über die Höhe der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Einrichtungen und Leistungsarten bezweckt. Die Krankheitskostenrechnung erweitert dann die Strukturinformationen um Diagnosen und die demografischen Merkmale Alter und Geschlecht. Mit der Gesundheitspersonalrechnung ist ferner die Bereitstellung der Strukturinformationen über die Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Berufen, Alter, Geschlecht und Einrichtung vorgesehen. Bei dem regionalen Fachkräftemonitoring handelt es sich um die Schaffung der rechtlichen Möglichkeit, per Rechtsverordnung einen Datensatz aufzubauen, der über das regionale Angebot und die Nachfrage von Fachkräften in bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens informiert.

3.2. Stellungnahme

Die Gesundheitsstatistik wird durch die vier neuen Bereiche verbessert. Insbesondere die Erweiterung der Krankheitskostenrechnung um Diagnosen und die Merkmale Alter und Geschlecht ist aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz zu begrüßen. Dennoch bleibt die Statistik lückenhaft. Weiterhin fehlen bundesweit verlässliche Zahlen zum Sterbeort. Auch ergibt sich aus den zu erhebenden Daten keine Aussage zur Aufenthaltsdauer im Krankenhaus vor dem Tod, zur Aufenthaltsdauer im Pflegeheim bis zum Tod, zur Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den letzten 24 Monate vor dem Tod und zum Lebensmittelpunkt in den letzten sechs Monaten vor dem Tod.

Diese Daten sind aber für die Analyse der Versorgungssituation und -qualität schwerkranker und pflegebedürftiger Menschen als Grundlagendaten notwendig. Nur so kann eine sektorenübergreifende Versorgung Pflegebedürftiger und Sterbender ausgebaut und verbessert werden.



3.3. Änderungsvorschlag

Deshalb fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, dass das Gesundheitsstatistikgesetz um folgende Erhebungsmerkmale ergänzt wird:

- Sterbeort
- Anzahl der Krankenhausaufenthalte und deren Dauer in den letzten 24 Monaten vor dem Tod
- Aufenthaltsdauer im Pflegeheim bis zum Tod
- Lebensmittelpunkt in den letzten sechs Monaten vor dem Tod