

Ein Jahr Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Was hat sich getan?





Hospiz- und Palliativgesetz

Bundesrat Drucksache 519/15
06.11.15

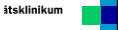
Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

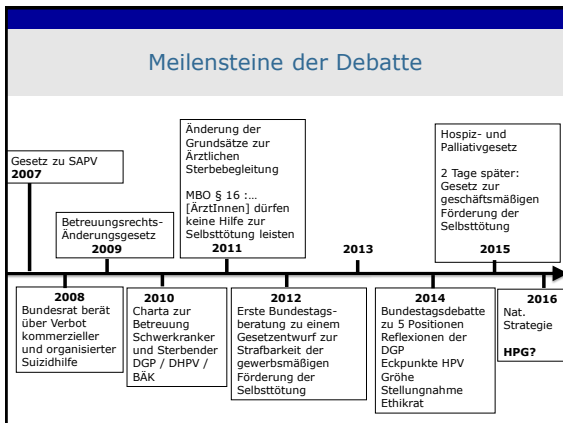
Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 133. Sitzung am 5. November 2015 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 18/0595 – den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) – Drucksachen 18/5170, 18/5868 –

In beigefügter Fassung angenommen.





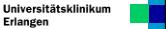
Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Gesetzliche Regelungen in den Bereichen

- SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung)
- SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)
- Krankenhausfinanzierungsgesetz


→ Allgemeine Regelungen – sofort gültig

→ incl. Fristen für weitere Regelungen und notwendige Ausführungsbestimmungen




Schwerpunkte 1

- Stärkung AAPV
- Bessere Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung
- Stärkung der häuslichen Krankenpflege für die AAPV
- Ausbau der SAPV
- Verbesserung der finanziellen Ausstattung stationärer Hospize
- Verbesserung der finanziellen Ausstattung ambulanter Hospizdienste
- Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen



Schwerpunkte 2

- Verbesserung der Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen Einrichtungen
- Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- Individuelle Versorgungsplanung zum Lebensende
- Abrechnungsmöglichkeit für Palliativmedizinische Dienste
- Stationäre Palliativseinrichtungen als besondere Einrichtung



HPG / Änderungen im SGB V § 27 Absatz 1

- Neu: „Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.“

Mögliche Konsequenz:

- Die palliative Versorgung ist ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung!
- Alle in die Versorgung müssen Grundkenntnisse zur Palliativversorgung haben
- Patienten und Angehörige müssen über ihre Ansprüche informiert werden
- Forderung DGP: Palliativbeauftragter

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V § 37 Absatz 2

- Neu: „Die häusliche Krankenpflege [...] umfasst auch die ambulante Palliativversorgung.“

→ Stärkung der Pflege in der AAPV!

Mögliche Konsequenz:

- Höhere Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte

Problem:

- Näheres wird vom GBA in einer Richtlinie beschrieben; im GBA ist die Pflege nicht angemessen vertreten
- Vorgeschlagene Komplexleistung nicht trennscharf zur SAPV
- Ggw. noch auf 14 Tage beschränkt

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB XI u.a. § 28 / § 75 / § 114 Pflege

- Neu im §28: „Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt“
- Neu §75: „Die Verträge regeln insbesondere: [...] den Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung [...]"
- Neu in §114: „Vollstationäre Pflegeeinrichtungen [...] sollen insbesondere hinweisen auf [...] die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz“

Mögliche Konsequenz:

- Stärkung der Allgemeinen Palliativversorgung

Problem:

- keine

HPG / Änderungen im SGB V § 39a Ambulante Hospizdienste

- Neu: höhere Vergütung für Leistungseinheiten und Fördermöglichkeiten für Sachkosten

→ Rahmenvereinbarung zwischen GKV und Verbänden im März 2016 geschlossen

Mögliche Konsequenz:

- Verbesserung der finanziellen Ausstattung der Ambulanten Hospizdienste!
- Sicherstellung ambulantes hospizliches Ehrenamt

Problem:

- keins

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V § 39a Ehrenamtliche im Krankenhaus

- Neu: „Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die [...] qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung [...] für Versicherte im [...] Krankenhaus[...] erbringen.“

Mögliche Konsequenz:

- Patienten profitieren auch im Krankenhaus vom Ehrenamt

Problem:

- Ehrenamt darf nicht „psychosoziales“ Hauptamt ersetzen!
- Krankenhäuser könnten (i) eigene Hospizdienste gründen, (ii) koordiniert durch Beschäftigte im Haus, z.B. Sozialdienst und (iii) ohne zusätzliche Kosten Fördergelder erlösen!

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V § 132 d SAPV

- Neu: „Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine [...] unabhängige Schiedsperson festgelegt“
- Neu: „Krankenkassen können Verträge, [...] auch auf Grundlage der § 73b [hausarztzentrierte Versorgung] oder §140a [integrierte Versorgung] abschließen“

Mögliche Konsequenz:

- Stärkung der SAPV im ländlichen Bereich

Problem:

- Gefährdung der hohen Qualitätsanforderungen
- Potentiell „arztlastig“

Universitätsklinikum
Erlangen



Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V § 132 d SAPV

- Neu: „Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine [...] unabhängige Schiedsperson festgelegt“
- Neu: „Krankenkassen können Verträge, [...] auch auf Grundlage der § 73b [hausarztzentrierte Versorgung] oder §140a [integrierte Versorgung] abschließen“

Mögliche Konsequenz:

- Stärkung der SAPV im ländlichen Bereich

Problem:

- Gefährdung der hohen Qualitätsanforderungen
- Potentiell „arztlastig“

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V § 39a Stationäre Hospize 1

- Neu: Krankenkassen tragen jetzt 95% - früher 90% - der zuschussfähigen Kosten (nur noch 5% - früher 10% - aus Spendengeldern) sowie höhere Tagessätze (7% statt 9% der Bezugsgröße)

Mögliche Konsequenz:

- Verbesserung der finanziellen Ausstattung der stationären Hospize!

Problem:

- Finanzierung der Stationären Hospize bundesweit sehr uneinheitlich; Herausforderung Rahmenvereinbarung
- Rahmenvereinbarung zwischen GKV und Verbänden noch nicht abgeschlossen

Bezugsgröße

- Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr
- Rechengrößen für andere Vorschriften der Sozialversicherung
- Z. Zt. 2905 €
- HPG: **statt** 7% der Bezugsgröße → **203 €** tragen die Krankenkassen **nun** 9% → **261 €**
- Höhere Tagessätze können individuell mit den Kostenträgern verhandelt werden

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V § 39a Stationäre Hospize 1

- Neu: Krankenkassen tragen jetzt 95% - früher 90% - der zuschussfähigen Kosten (nur noch 5% - früher 10% - aus Spendengeldern) sowie höhere Tagessätze (7% statt 9% der Bezugsgröße)

Mögliche Konsequenz:

- Verbesserung der finanziellen Ausstattung der stationären Hospize!

Problem:

- Finanzierung der Stationären Hospize bundesweit sehr uneinheitlich; Herausforderung Rahmenvereinbarung
- Rahmenvereinbarung zwischen GKV und Verbänden noch nicht abgeschlossen

HPG / Änderungen im SGB V § 39a Stationäre Hospize 2

- Neu: „[Es] ist ... zu regeln, in welchen Fällen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung in ein stationäres Hospiz wechseln können [...].“

Mögliche Konsequenz:

- Potentiell leichtere Verlegung eines Bewohner mit Bedarf in ein stationäres Hospiz

Problem:

- Bisher keine einheitliche Regelung

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V § 39b Hospiz- und Palliativberatung durch Krankenkassen

- Neu: „Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. [Sie] informiert [...] über Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu PV, VV und BV.“ → Eine Regelung hierzu hat der GKV Spitzenverband veröffentlicht.

Mögliche Konsequenz:

- MA der KK sind besser über Palliativangebote informiert

Problem:

- Interessenskonflikt: Bezahler ← → Berater

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V § 87 Bundesmantelvertrag

- Neu: „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BqkpmV)

→ KBV und GKV sind bei der Ausgestaltung der Vorgaben

Mögliche Konsequenz:

- Stärkung der AAPV

Problem:

- Unklare Qualifikationsanforderungen
 - KBV 40 CME Punkte ↔ GKV 80 h FB + 8 Wochen Hospitation
- Keine neuen finanziellen Mittel → Umverteilung im EBM
- Abgrenzung zur SAPV

Universitätsklinikum
Erlangen


HPG / Änderungen im SGB V § 132g Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

- Neu: „[...] Pflegeeinrichtungen [...] und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten [...] eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten“.


→ Konzept: Advance Care Planning

Universitätsklinikum
Erlangen

Grundkonzept Advance Care Planning (ACP)




Behandlung im Voraus planen in einer Region



Zugehender, professionell begleiteter Gesprächsprozess
Informed Consent

Regionale Implementierung Standards / Routinen
Kultur der Vorausplanung



Beratung über Möglichkeiten der med.-pfleg. Versorgung i.d. letzten Lebensphase, Patientenverfügung, Notfallvorsorge, Vorsorgevollmacht, Fallbesprechungen

Universitätsklinikum
Erlangen

Kurzbogen aus beizeiten begleiten ®

Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HÄNNo) **begleiten**®

Das ist ein Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HÄNNo) für die Begleitung eines Patienten, wenn dieser nicht selbst einwilligungsfähig ist.

A B C

B0 B1 B2 B3

C

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V

§ 132g Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

- Neu: „[...] Pflegeeinrichtungen [...] und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten [...] eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten“.

→ Konzept: Advance Care Planning

→ Curriculum zur Qualifizierung von Beratern ist in ggw. noch in Erarbeitung; gefördert vom BMG

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V

§ 132g Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Mögliche Konsequenz:

- Patientenwille stärker berücksichtigt
- Weniger unnötige / ungewollte Notarzteinsätze
- Verminderung nichtindizierter / unerwünschter Therapien
- Ggf. Kosteneinsparung
- GKV finanziert: Keine Kosten für Heimbewohner

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im SGB V

§ 132g Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Probleme:

- Kalkulation?
 - ... pro 50 Bewohnern ein zusätzlicher (bei Erstgespräch größerer, dann abnehmender) mittlerer Personalbedarf von ca. 1/8 Stelle benötigt wird

1/8 Stelle = 5 Std./W. für 50 Bewohner!! = 6 min. pro Bewohner pro Woche!
Oder: alle 7 Monate 3 Std. pro Bewohner

- Fehlgebrauch der Personalstellen
- Versicherte der PKV nicht eingeschlossen
- Warum erst im Pflegeheim?

Universitätsklinikum
Erlangen

HPG / Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz § 17b

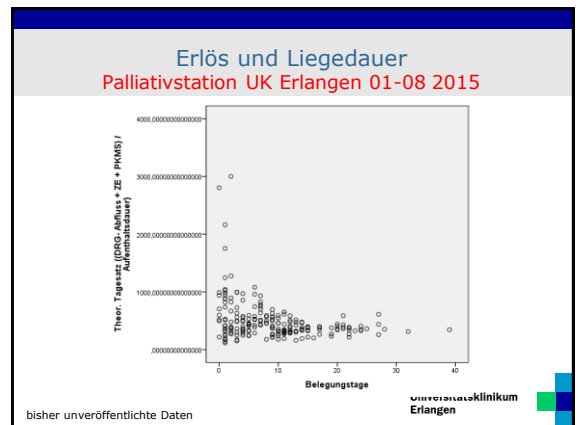
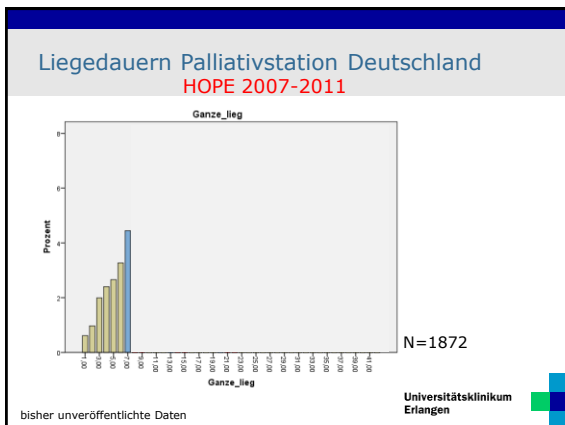
- Neu: „[...] Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, [ist] ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses [zur Anerkennung als Besondere Einrichtung] ausreichend.“

Mögliche Konsequenz:

- Bedarfsorientierte Finanzierung
- Fehlanreize fallen weg - Fehlbelegung

Problem:

- Gefährdung der hohen Qualitätsanforderungen
- Erlös hängt nun Belegung und Höhe der Tagessätze ab



HPG / Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz § 17b

▪ Neu: „[...] Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, [ist] ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses [zur Anerkennung als Besondere Einrichtung] ausreichend.“

Mögliche Konsequenz:

- Bedarfsorientierte Finanzierung
- Bestimmte Fehlanreize fallen weg - Fehlbelegung

Problem:

- Gefährdung der hohen Qualitätsanforderungen
- Erlös hängt nun Belegung und Höhe der Tagessätze ab

HPG / Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz § 17b

▪ Neu: „[...] Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln.“

Mögliche Konsequenz:

- Stärkung der allgemeinen und spezialisierten PV in Krankenhäusern

Problem:

- Kalkulation der Höhe des Zusatzentgeltes → cave: große Unschärfe

OPS 8-982.0-3

ZE60.00	8-982.0	1 - 6 Tage	0 €
ZE60.01	8-982.1	7 - 13 Tage	1.218 €
ZE60.02	8-982.2	14 - 20 Tage	1.547 €
ZE60.03	8-982.3	> 21 Tage	2.442 €

[Fallpauschalenkatalog 2015; Anlage 5]

Universitätsklinikum
Erlangen

Erlös: Palliativmedizinischer Dienst

Beispielkalkulation

600 Patienten / Jahr

~75 % < 7 Tage (keine Erlöse) → 450 Pat.

~25 % > 7 Tage → 150 Pat

OPS 8982.1 (7-13 Tage)	n=128*	~ 156.000€
OPS 8982.2 (13-20 Tage)	n=15*	~ 23.000€
OPS 8982.3 (> 21 Tage)	n=4*	~ 10.000€

189.000 €

[*Hochrechnung 2015]

Universitätsklinikum
Erlangen

OPS 8-98h.* Palliativdienst im Krankenhaus


Universitätsklinikum
Erlangen

OPS 8-98h.* Palliativdienst im Krankenhaus


.00	Bis unter	2 Stunden
.01	2 bis unter	4 Stunden
.02	4 bis unter	6 Stunden
.03	6 bis unter	9 Stunden
.04	9 bis unter	12 Stunden
.05	12 bis unter	15 Stunden
.06	15 bis unter	20 Stunden
.07	20 bis unter	25 Stunden
.08	25 bis unter	35 Stunden
.09	35 bis unter	45 Stunden
.0a	45 bis unter	55 Stunden
.0b	55 oder mehr	Stunden

Universitätsklinikum
Erlangen

OPS 8-98j.* Externer Palliativdienst		
.00	Bis unter	2 Stunden
.01	2 bis unter	4 Stunden
.02	4 bis unter	6 Stunden
.03	6 bis unter	9 Stunden
.04	9 bis unter	12 Stunden
.05	12 bis unter	15 Stunden
.06	15 bis unter	20 Stunden
.07	20 bis unter	25 Stunden
.08	25 bis unter	35 Stunden
.09	35 bis unter	45 Stunden
.0a	45 bis unter	55 Stunden
.0b	55 oder mehr	Stunden

Universitätsklinikum
Erlangen 

HPG / Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz § 17b
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu: „[...] Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln.“ <p><u>Mögliche Konsequenz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der allgemeinen und spezialisierten PV in Krankenhäusern <p><u>Problem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalkulation der Höhe des Zusatzentgelts → cave: große Unschärfe

HPG
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Entwicklung aufmerksam beobachten ➢ Regional vernetzen ➢ Beteiligung an Instrumenten der Datenerfassung (Nationales Hospiz und Palliativregister, Wegweiser, in Fachverbänden, in regionalen Netzwerken) ➢ Beteiligung an Instrumenten der Qualitätssicherung (Register, Fachprogramme, Zertifizierungen, CIRS-Palliativ) ➢ Erfassung und Dokumentation von „Problemfällen“ ➢ Meldung von „Problemen“ und Best-Practice-Modellen an die großen Verbände (DHPV, DGP, Pflegeverbände, Wohlfahrtsverbände, usw.) ➢ Vernetzung (auch bundesweit) unter den Leistungserbringern und Verbänden – und möglichst GEMEINSAMES Auftreten bei politischen Forderungen! <p style="text-align: right;">Universitätsklinikum Erlangen </p>