



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Bundesgeschäftsstelle

Alt-Moabit 101 b
D-10559 Berlin

Tel: 030-39409689-0

Fax: 030-39409689-9

info@dgss.org

www.dgss.org

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. · Alt-Moabit 101 b · 10559 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Berlin, 21. September 2015

**Stellungnahme
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in
Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz) HPG**

Drucksache 18/5170

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. begrüßt die Vorlage des Gesetzentwurfs und unterstützt dessen Zielsetzung und Maßnahmen in wesentlichen Teilen.

Es ist gut, dass im § 27 SGB V nunmehr explizit klargestellt wird, dass zur Krankenbehandlung auch die palliative Versorgung der Versicherten gehört. Auch die Verfeinerung der Leistungsansprüche, Ausweitung der Fördermittel der Hospize sowie die Präzisierung bzw. Aufnahme neuer Beratungsleistungen sowie des Rechtsanspruchs auf eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende wird im Grundsatz insgesamt unterstützt.

Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende (§ 132 g)

Wir begrüßen die Einführung einer Beratungsleistung zur Versorgungsplanung zum Lebensende, allerdings bedarf der Gesetzesauftrag dringend der expliziten Klarstellung, dass die Beratung auch schmerztherapeutische Themen beinhaltet.

Wir bitten den Gesetzgeber um folgende **Ergänzung** im Gesetzentwurf:

„§ 132g

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase be-

raten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. **Möglichkeiten, aber auch Grenzen einer individuellen Schmerztherapie, sind aufzuzeigen und der Versicherten- bzw. Patientenwille zu dokumentieren.** Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.

(2) ... (kein Änderungsvorschlag seitens der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.)

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, **der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.**, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(4) ... (kein Änderungsvorschlag seitens der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.)

bitte ergänzen: (5) Das Bundesgesundheitsministerium wird die Umsetzung des § 132 b SGB V durch die Vergabe einer wissenschaftlichen Begleitforschung evaluieren und erstmalig drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes dem Deutschen Bundestag berichten.

“

Rund 50 Prozent aller Verstorbenen wurden 2013 in Krankenhäusern betreut, weniger als 3 Prozent starben in stationären Hospizen, 40 Prozent der Menschen starben in Pflegeheimen. Nur in rund 15 Prozent der Krankenhäuser sind Palliativstationen vorhanden. Den Vorschlag der Bundesregierung, durch die Änderung des KHFG (Artikel 4 Gesetzentwurf) die Rahmenbedingungen einer stationären Palliativversorgung zu verbessern, begrüßen wir. Wir empfehlen, die Kriterien noch präziser zu fassen, wie etwa in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. oder seitens des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands verdeutlicht. Insgesamt ist die Option zur Herausnahme aus dem DRG-System konsequent, denn die pauschale Vergütung im Fallpauschalen-System bildet den besonderen Bedarf, die erhöhte Verweildauer und die Verschiedenheit der Palliativpatienten nicht adäquat ab. Insbesondere steht der DRG-systemimmanente Anreiz, die Liegedauer so kurz wie möglich zu halten, in eklatantem Widerspruch zu palliativmedizinischen Ansätzen, die eine individualisierte Therapieintensität und –dauer voraussetzen.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. weist darauf hin, dass auch für eine humane Schmerztherapie entsprechende Änderungen ergänzend separat eingeführt werden müssen (vgl. u. a. Stellungnahme zum KHSG).

Wir unterstützen die Forderung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) nach verpflichtender Einsetzung eines „Palliativbeauftragten“ in denjenigen der Krankenhäuser, die gegenwärtig noch keinen multiprofessionellen Palliativdienst haben, der gemäß der fachlichen Sicht der DGP und des DHPV in allen Krankenhäusern ab einer Größe von etwa 200 Betten vorgehalten sein sollte.

In Hinblick auf den eingangs erwähnten hohen Anteil Sterbender, die in Pflegeeinrichtungen betreut werden, ist es immens wichtig, in Pflegeeinrichtungen, auch im Kontext der palliativen Therapie, die Erkennung und Behandlung von Schmerzen zu verbessern. Besonderen Handlungsbedarf gibt es zudem bei dementiell erkrankten Sterbenden. Pflegeeinrichtungen sollten spezifisch qualifizierte Pflegefachkräfte (z. B. Pain-Nurse) vorhalten sowie in ihrer Organisation auf die Erkennung und Behandlung oftmals unnötiger Schmerzen, auch in der Palliativversorgung, fokussieren. Die Effekte einer spezialisierten Fort- und Weiterbildung, etwa im Bereich der Pflege, sind wissenschaftlich dokumentiert. Diesbezüglich verweisen wir u. a. auf die erfolgreiche Arbeit des DNQP (Deutsches Netzwerk Qualität in der Pflege) beispielsweise mit deren Expertenstandards zu Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und chronischen Schmerzen. Die Umsetzung der Expertenstandards akuter und chronischer Schmerz des DNQP, ist derzeit leider nur lückenhaft. Wir empfehlen, die Einführung zu unterstützen, aber auch im Rahmen der Qualitätsberichterstattung zu messen und zu veröffentlichen.

Im Sinne der Verbesserung der Beratungs- und Beteiligungsqualität der noch zu erarbeitenden Detailregelungen des G-BA empfehlen wir, den Deutschen Pflegerat sowie weitere maßgebliche Vertretungen der Pflege institutionell als weitere Säule an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über pflegerelevante Aspekte der Palliativversorgung (z. B. Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege) konsequent zu beteiligen und den Gesetzesauftrag des § 37 Abs 1 auch um die palliative Versorgung zu ergänzen.

Zudem weisen wir darauf hin, dass eine gute palliativmedizinische Versorgung gerade die interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert, dazu gehört gerade in entsprechenden Lebenslagen auch ein guter Zugang zu geeigneten psychotherapeutischen Angeboten. Diesbezügliche Vorschläge der Bundespsychotherapeutenkammer zu redaktionellen Änderung des Artikel 1 Nummer 6 § 87 Absatz 1(b) (neu) und sowie zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen in stationären Pflegeheimen durch beispielsweise die Ergänzung/Aufnahme der psychotherapeutischen Versorgung in die Vereinbarungen nach § 119 SGB V werden von uns ausdrücklich unterstützt. Derzeit werden bis zu 50 Prozent der psychischen Erkrankungen in Palliativeinrichtungen nicht erkannt oder nicht ausreichend bzw. inadäquat behandelt.

Allerdings weisen wir darauf hin, dass der Gesetzentwurf wesentliche Lücken beinhaltet, insbesondere in Hinblick auf die Qualitätsorientierung. Zwar ist es gut, dass § 87 Absatz 1b Nr. 4 SGB V -neu- die Festlegung von Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität und im Weiteren eine jährliche, auch qualitätsbezogene Berichterstattung vorsieht und auf entsprechende Beispiele verwiesen wird, allerdings bleibt unklar, wie und anhand welcher Indikatoren die Verbesserung der Versorgungsqualität insgesamt bzw. in den einzelnen

Leistungsbereichen bewertet werden soll. Auch die Vorgabe von Strukturvorgaben ist nur rudimentär. Diesbezüglich empfehlen wir

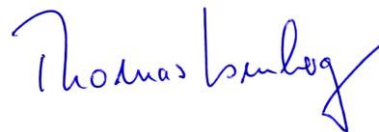
- die Aufnahme einer Regelung, die den G-BA verpflichtet, Indikatoren zur Qualität der palliativmedizinischen, aber auch schmerzmedizinischen Versorgung zu entwickeln und dabei neben Struktur- und Prozess- insbesondere auch Ergebnisqualitätsparameter unter Einschluss von Patienten- und Angehörigenbefragungen zu prüfen,
- die Einrichtungen der palliativmedizinischen Versorgung motiviert bzw. verpflichtet werden, an einem einrichtungsübergreifenden Verfahren der Qualitätssicherung sowie an den Aufbau von entsprechend spezialisierten „Registern“ teilzunehmen.

Auch die wichtigen Empfehlungen der im Februar 2015 publizierten Expertise der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und die Union der Deutschen Wissenschaften zur Behebung von Defiziten und Mängeln der Forschung zur Palliativversorgung werden vom Gesetzentwurf der Bundesregierung leider ignoriert. Nötig ist u. a. die Erarbeitung einer Forschungs-Agenda. So weist die Nationale Akademie der Wissenschaften darauf hin, dass im internationalen Vergleich Deutschland auf diesem Gebiet allenfalls im Mittelfeld liegt, Forschungsstand und die Datenlage werden als unzureichend betrachtet. In ihren vier Empfehlungen appellieren die Leopoldina und die Union der Akademien insbesondere für eine deutliche Aufwertung und Unterstützung der interdisziplinären Palliativversorgungsforschung. Eine nationale Palliativstrategie ist nötig und muss u. a. die Vorlage einer Forschungsagenda beinhalten. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. bittet den Gesetzgeber um eine entsprechende Resolution sowie um Veranlassung in den zuständigen Bundesministerien.

Mit freundlichen Grüßen,



Prof. Dr. Michael Schäfer
Präsident



Thomas Isenberg
Geschäftsführer

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist mit rund 3.400 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist Mitglied der IASP (International Association for the Study of Pain) sowie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Sie ist zudem die interdisziplinäre Schmerzdachgesellschaft von derzeit 16 mitgliederstarken weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich Schmerz. Diese Fachgesellschaften repräsentieren über 60.000 Mitglieder. Ihre Mitgliedschaft ist interdisziplinär und interprofessionell und besteht aus Schmerzexperten aus Praxis, Klinik, Psychologen, Pflege, Physiotherapie u. a. sowie wissenschaftlich ausgewiesenen Schmerzforschern aus Forschung, Hochschule und Lehre.