

HPG (Hospiz- und Palliativgesetz vom 01.12.2015, Sozialgesetzbuch 5 (SGB V), Artikel 1-5 und Sozialgesetzbuch 11) und Pflegestärkungsgesetz

zusammengefasst 1-2017 und 3-2018 C. Levin

Ambulante und stationäre palliative Versorgung der Versicherten wird in die Krankenbehandlung aufgenommen.

Der Spitzenverband Bund der KK wird verpflichtet, dem Gesundheits-Ministerium alle drei Jahre über die Entwicklung der SAPV zu berichten. Erstmals bis 31.12.2017.

Die Bezuschussung von ambulanten Hospizdiensten wird von 11 auf 13% erhöht und schließt jetzt auch Sachkosten ein. Finanziell gefördert wird jetzt auch der Mehraufwand beim hospizlichen Erstgespräch auch die Angehörigenbetreuung soll gefördert werden. Ambulante Hospizarbeit soll sich mehr auf Pflegeheime und erstmals auch auf Krankenhäuser erstrecken.

Pflegeheime sollen für iAAPV-Patienten Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten abschließen (die besonders vergütet werden, die Vergütung sollte bis zum 1.4.17 vereinbart sein) und ihr Palliativ- und Hospizangebot transparent im Internet veröffentlichen. Damit wird Sterbebegleitung ausdrücklich Bestandteil des Versorgungsauftrages der Pflegeversicherung.

KBV und Spitzenverband Bund der KK vereinbarten im Bundesmantelvertrag vom 29.11.2016 Inhalte und Ziel der qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV, Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung zwischen KV und GKV-Spitzenverband) mit besonderen Anforderung an die Qualifikation der Leistungserbringer, Anforderungen an die Koordination und aktive Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer und Einrichtungen und Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität. Über die Zahl der abgerechneten Leistungen und über die Zahl der beteiligten Akteure hat der Bewertungsausschuss der Ärzte- und Psychotherapeutenkammer das Gesundheitsministerium erstmals bis zum 31.12.17 zu informieren. Die Vereinbarung trat zum 01.01.2017 in Kraft. Ziel ist durch Vernetzung und Qualifizierung der Akteure in der Versorgung Schwerkranker und Sterbender deren Betreuung zu verbessern. Eine zentrale Aufgabe erhält der qualifizierte Hausarzt.

Hausärztliche Aufgaben im Rahmen der BQKPMV:

- Ersterhebung, dass der Patient palliativmedizinische Versorgung benötigt
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, Abstimmung der Betreuungsschritte, falls der Patient einen anderen Hausarzt hat
- Koordination und Einbeziehung anderer Leistungserbringer
- Erstellen eines Therapie- und eines Behandlungsplans (zB PALMA)*
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege
- Konsiliarische Beratung von allen behandelnden Ärzten in allen Belangen palliativmedizinischer Behandlung wie Symptomkontrolle und Schmerztherapie, Ernährung, Wundbehandlung und Begleitung in der Sterbephase.
- Betreuung und Beratung von Patient und Angehörigen mit Information über Hilfs- und Entlastungsangebote
- Ärztliche Beratung und Aufklärung über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung
- Konsiliarische Abstimmung mit Arzt für Palliativmedizin z.B. über Notwendigkeit einer stationären Einweisung
- Erstellen und/oder Beratung zu Symptomkontrolle und Schmerztherapie

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung außerhalb der Sprechzeiten (nachts, am Wochenende, an Feiertagen)
- Ärztliche Versorgung von Palliativpatienten, die in stationären Hospizen, Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen
- Teilnahme an Fallbesprechung und telefonische Rückkopplung mit Haus- und Fachärzten
- Bei Bedarf SAPV-Verordnung
- Ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmitteln
- Anleitung und Beratung von Angehörigen

Auch die am 25. 11. 2017 in Kraft getretene Leistung Nr. 24a der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie zur Symptomkontrolle bei Palliativpatienten und -patientinnen durch Pflegedienste wird zu einer qualitativ besseren Versorgung dieser Personengruppe beitragen

Von den Krankenkassen finanziert wird eine von den stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe anzubietende und zu organisierende umfassende gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (BVP oder ACP) für jeden Pflegeheimbewohner, der dies wünscht, hinsichtlich medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und seelsorgerlicher Betreuung in ihrer letzten Lebensphase (§ 132 g Sozialgesetzbuch V).

Auch nicht in Pflegeheimen lebende Menschen in ihrer letzten Lebensphase haben Anspruch auf diese umfassende Beratung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung durch die Krankenkassen. Die Krankenkassen händigen den Versicherten das Ergebnis der Beratung in schriftlicher Form aus und informieren die Leistungserbringer und Einrichtungen über die wesentlichen Beratungsinhalte.

Dies ergänzt die bestehende Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag im SGB V im zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vom 01.01.2014 zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen

In Pflegeeinrichtungen lebende Menschen können jetzt auch in ein Hospiz wechseln.

Für Hospize tragen die Krankenkassen jetzt 95% der zuschussfähigen Kosten. Der Tagessatz wird auf mindestens 261 € angehoben.

Krankenhäuser können ab 2017 krankenhausespezifische Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren und dafür mit externen Diensten kooperieren. Krankenhäuser können Hospizdienste mit Sterbebegleitungen beauftragen.

Krankenhäuser können bei Entlassung vier Wochen häusliche Krankenpflege verordnen. Siehe Rahmenvertrag Entlassmanagement, in Kraft getreten 01. 10. 2017.

In strukturschwachen und/oder ländlichen Gebieten soll der Aufbau und das Bestehen von SAPV-Teams durch ein Schiedsverfahren für entsprechende Versorgungsverträge der Krankenkassen erleichtert werden

AAPV und Zweites Pflegestärkungsgesetz, in Kraft getreten zum 01.01.2017

Definiert Pflegebedürftigkeit neu. In den sechs Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltungen des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Damit wird auch der Bedarf Demenzkranker miterfasst. Zahlen (Süddeutsche Zeitung 17.01.2017 S.5): 2,86 Mio Pflegebedürftige 12-2015, davon wurden 2,08 Mio zu Hause versorgt, davon 1,4 Mio ausschließlich von Angehörigen

Hierbei wird festgestellt, ob die erforderliche Fähigkeit noch vorhanden ist und ob damit verbundene Tätigkeiten selbständig, teilweise selbständig oder nur unselbständig ausgeübt werden können.

Seit dem 01.01.2017 gibt es dafür fünf Pflegegrade.

Bei der Überleitung von den bisherigen Pflegestufen gilt ein Besitzstandsschutz.

Neu ist, dass in stationären Einrichtungen von allen Pflegebedürftigen der selbe einrichtungseinheitliche Eigenanteil unabhängig vom Pflegegrad zu entrichten ist. Für Pflegebedürftige, die bereits in Einrichtungen leben übernimmt die Pflegekasse eventuell entstehende Mehrkosten.

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 (316 €) bis 5 (901 €). Für sie besteht auch ein Anspruch auf Tages- und Nachtpflege.

Pflegepersonen, die wenigstens 10 Stunden wöchentlich regelmäßig tätig sind, sind ab 01.01.2017 für diese Pflegetätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig und , falls dies nicht durch eine andere Tätigkeit bereits abgedeckt ist, arbeitslosenversicherungspflichtig.

Weitere Änderungen: Erhöhungen gab es mit 40 € pro Monat für Verbrauchsartikel, bis zu 4000€ für Umbauarbeiten. In vollstationären Einrichtungen sollen zusätzliche Betreuungsangebote wie Vorlesen und Spaziergehen honoriert werden. Hilfsmittel wie Duschstühle, die vom MDK empfohlen werden, müssen nicht mehr beantragt werden.

Zusätzlich kann man zum Beispiel bei der Stadt München pflegeergänzende Leistungen beantragen, um die Bezahlbarkeit von professioneller Pflege für Personen, deren Einkommen am Sozialhilfeniveau liegt, sicherzustellen.