

PRESSEMITTEILUNG

PalliativStiftung fordert Vollfinanzierung von Hospizen

Fulda, 05.02.2015

Der Petitionsausschuss beschloss gestern einstimmig, die Petition des Övelgöner Bürgers Mark Castens zu unterstützen, der sich für eine flächen-deckende Hospizversorgung einsetzt. Die PalliativStiftung forderte dazu 2014 in ihren Eckpunkten, die Voraussetzung für eine Vollfinanzierung der Hospize zu schaffen.

Altenheime, Krankenhäuser, Kindergärten, Schulen werden vom Gemeinwesen finanziert. Nur Hospizen wird der Auf- und Ausbau behindert, da diese zwingend nicht in Höhe der anrechenbaren Kosten finanziert werden. Der Vorstandsvorsitzende Thomas Sitte beklagt: „Ein fünf- bis sechstelliger Betrag muss jährlich über Spenden gedeckt werden. Diese Spenden werden aber dringend für andere Aufgaben der Hospize gebraucht, die keine Kassenleistung sind, zum Beispiel Sitzwachen, komplementäre Therapien wie Musiktherapie, einen kleinen Luxus für einen sterbenden Menschen ...!“

Deshalb fordert die Deutsche PalliativStiftung eine Vollfinanzierung von Hospizen. Dazu muss festgestellt werden, wo noch Hospize fehlen. Dies gilt insbesondere für die Neugründung von Kinderhospizen, denn nicht überall, wo gut gemeint ein Hospiz auf einem wunderbaren Villengrundstück neu errichtet wird, ist dieser Aufwand auch wirklich sinnvoll eingesetzt.

Link zu den Eckpunkten auf der Website der Deutschen PalliativStiftung:

<http://www.palliativstiftung.de/rechtsfragen-btm/informationen-downloads.html>

(dieser Pressemitteilung beigelegt finden Sie einen Auszug, der den Auf- und Ausbau der Hospizversorgung betrifft)

Verantwortlich im Sinne des Presserechts: Thomas Sitte

Auszug aus dem Eckpunktepapier der Deutschen PalliativStiftung:

1.7.1 Die Notwendigkeit der mangelhaften Beteiligung der Privatversicherungen bei den Kosten im ambulanten Hospizbereich

Neben der bereits genannten fehlenden Kostenerstattung ist die private Krankenversicherung in Deutschland auch Nutznießer der auf Kosten der Solidargemeinschaft entwickelten und teilweise mit öffentlichen Mitteln geförderten Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, ohne dass diese sich an diesen Kosten beteiligt.

Hier gilt das Gleiche wie unter 1.7: Aktuell werden sinnvolle Absprachen und gesellschaftlich erwünschte Vereinbarungen unter den verschiedenen Versicherungen durch rechtliche Rahmenbedingungen, z. B. das Kartellrecht, massiv behindert, selbst wenn der Verband der PKV oder einzelne Versicherungen gerne eine einheitliche Regelung schaffen wollen würden.

Lösungsansatz: Hier sollte versucht werden, innerhalb der gesetzlichen Möglichkeiten private Krankenversicherungen in die Aufbaufinanzierung der hospizlichen wie palliativen Versorgungsangebote wie beispielsweise auch der Informationsstelle einzubinden. Dies kann auch über eine geregelte Kalkulation erfolgen (z.B: 1,3-facher Satz im Vergleich zu den gesetzlich Versicherten durch die Versorger), um diese Bevorteilung der PKVen auszugleichen.

2. Notwendigkeiten im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Hospizarbeit in Deutschland

Aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung ist derzeit in Deutschland der Fokus auf die Palliativversorgung gerichtet. Dabei scheint übersehen zu werden, dass die Hospizbewegung in Deutschland mit seinen ca. 100.000 Ehrenamtlichen das wesentliche bürgerschaftliche Engagement war und auch weiterhin ist. Es stellt die Basis der Fürsorge in der letzten Lebensphase und der Palliativversorgung dar und bleibt damit unverzichtbar.

Insofern ist es auch weiterhin geboten, die Hospizbewegung in Deutschland zu unterstützen und dazu beizutragen, dass die letzte Lebensphase nicht medikalisiert und durch Professionalisierung weiter tabuisiert/ghettoisiert wird, sondern als Lebensphase Teil des Lebens bleibt. Dies kann nicht mit Versorgungsdienstleistern und bezahlten Kräften alleine gelöst werden, sondern hier muss auch weiterhin das bürgerschaftliche Engagement die Grundlage bleiben.

2.1 Finanzielle Notwendigkeiten

2.1.1 Die Notwendigkeit einer angemessenen Vorfinanzierung der Kosten im ambulanten Hospizbereich

Auch bürgerschaftliches Engagement benötigt hauptamtliche Kräfte und verursacht Sach- und Betriebskosten. Gerade in den Aufbauphasen ist es problematisch, eine gesicherte Finanzierung zu erhalten. Gerade dies stellt ein Hindernis für eine zeitgerechte Weiterentwicklung dar.

Lösungsansatz: Überprüfung der bestehenden Regelungen auf Verbesserungspotenzial, Einführung von Anschubfinanzierungen für ambulante Hospizdienste in den ersten drei Jahren.

2.1.2 Die Notwendigkeit der fehlenden Vollfinanzierung der Einrichtungen in der stationären Hospizarbeit und Kinder-Hospizarbeit

Die stationären Hospize in Deutschland müssen 10 % der Betriebskosten durch Eigenmittel stellen. In der Realität werden jedoch deutlich höhere Eigenanteile fällig, da die Vorstellungen der Krankenkassen und der Betreiber von stationären Hospizen darüber, was genau als Betriebskosten gelten darf und in welcher Höhe beispielsweise Personalkosten vergütet werden müssen

auseinanderliegen. Angesichts der Marktmacht der Krankenkassen und der häufig kleinen, von ehrenamtlichen Engagement getragenen Initiativen, besteht hier in den Verhandlungen ein Missverhältnis, in dessen Folge die deutlich höheren Eigenanteile entstehen.

Lösungsansatz: Beschränkung des Eigenanteils von stationären Hospizen und Kinder-Hospizen auf maximal 10 % der Realkosten; Festlegung von zeitgemäßen Mindestbetriebsstandards für stationäre Hospize, die durch die Krankenkassen gegenfinanziert werden müssen.

2.1.2.1 Die Notwendigkeit der Anpassung von § 39a Satz 1 SGB V

§ 39a Satz 1 f SGB V lautet: „Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. (2) Die Krankenkasse trägt die **zuschussfähigen Kosten** nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert.“

In der Praxis gibt es allerdings erhebliche Unterschiede in der Sichtweise von Kassenseite und der Hospizträger, was als „zuschussfähige Kosten“ anrechenbar ist. Dadurch entstehen reale Spendennotwendigkeiten zwischen 20 und 40 Prozent bei den Hospizen für Erwachsene, sowie zwischen 50 und 70 Prozent bei Kinderhospizen. Der höhere Spendenanteil bei Kinderhospizen fällt deshalb ins Gewicht, weil diese neben dem betroffenen Kind Eltern und Geschwister mit aufnehmen und fachlich begleiten, dieses aber die Krankenkassen i.d.R. nicht als vergütungsfähige Leistung angesehen wird. Durch die Schiefelage des Kräfteverhältnisses von Kinderhospizen (13 bundesweit) und Krankenkassen kann weder auf dem Verhandlungsweg noch über entsprechend gewichtige Lobbyarbeit die vom Gesetzgeber so nicht gewollte Finanzierungslücke geschlossen werden. Die Arbeit von Hospizen ist deshalb auf Dauer zu einem hohen Maße auf Spenden angewiesen und bei schlechteren konjunkturellen Verläufen sofort gefährdet.

Lösungsansatz: Einfügen eines Satzes (3) in den § 39a SGB V : „Näheres regelt eine Rechtsverordnung“. Alternativ könnte auch der G-BA mit der Erstellung einer Richtlinie beauftragt werden.

Die Einfügung dieses Satzes erscheint deswegen als notwendig, weil rechtssystematisch Leistungen von Hospizen weder ärztlich delegiert sind noch unter der Trägerschaft von Hospizen i.d.R. Leistungen von Ärzten erbracht werden. Insofern fehlen die Konkretisierungen des Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte (G-BA) und Krankenkassen für dieses Tätigkeitsfeld des Gesundheitswesens. Die Ermächtigung im Gesetz für einen Rahmenvertrag zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und den maßgeblichen Leistungsanbieterverbänden der Hospize (§ 39a Abs 1. S. 4 SGB V) bezieht sich jedoch lediglich auf Satz 1. Auch bezieht sich die gesetzliche Ermächtigung für die Schiedsstelle auch nur auf Satz 1. Die Konkretisierung der „zuschussfähigen Kosten“ sind deshalb bisher weder geregelt, noch schiedsstellenfähig. Denkbar wäre daher die Erarbeitung einer entsprechenden Rechtsverordnung unter Einbeziehung der Experten von Seiten der Krankenkassen und Leistungsanbieterverbänden mangels entsprechender G-BA Rechtsgrundlage, um die für die Praxis gewichtige Lücke im Gesetz zu schließen.