

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85

10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 18. September 2015

zum

Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz-
und Palliativversorgung
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Drs. 18/5170

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung.....	3
II. Detailkommentierung.....	5
Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	5
Nr. 2.....	5
§ 37 Abs. 2 a (neu) Häusliche Krankenpflege.....	5
Nr. 4.....	7
§ 39b (Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen)	7
Nr. 7.....	9
§ 92 Absatz 7 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)	9
Nr. 9.....	10
§ 132d (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung).....	10
Nr. 10.....	11
§ 132g (Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase)	11
Artikel 4	14
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	14

I. Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland insbesondere durch den Ausbau und die verbesserte Vernetzung der Angebote gestärkt werden. Dieses Ziel des Gesetzes unterstützen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, denn es ist ihnen ein wichtiges Anliegen, die Menschen in ihrer letzten Lebensphase bestmöglich zu versorgen.

Insbesondere begrüßen die Betriebskrankenkassen die Aufnahme der palliativen Versorgung als integralen Bestandteil der Krankenbehandlung und die Aufträge an die Selbstverwaltung, im Bundesmantelvertrag, die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung zu bestimmen sowie den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen.

Änderungsbedarf sieht das BKK System jedoch insbesondere bei den folgenden Punkten:

Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Grundsätzlich ist der Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung zu begrüßen.

Dieser Anspruch ist jedoch praxis- und zielgruppenorientiert auszugestalten. Das im Gesetzentwurf geforderte Schriftformerfordernis der Einwilligung wird dem in keiner Weise gerecht und sollte daher gestrichen werden. Gerade bei dem hier betroffenen Personenkreis dürfen keine bürokratischen Hürden aufgebaut werden, die die Versicherten unter Umständen von der Inanspruchnahme einer Beratung abhalten könnten.

Darüber hinaus fordern die Betriebskrankenkassen, dass vor dem Hintergrund der im Gesetzentwurf geforderten Abstimmung mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch die Hospiz- und Palliativberatung ganz oder teilweise auf Dritte übertragen werden kann. Da viele gesetzliche Krankenkassen bei der Pflegeberatung mit Dienstleistern zusammenarbeiten, sollte diesen auch die Beratung nach § 39b ermöglicht werden. Denn in der Praxis wird es sich bei der Pflegeberatung und der Hospiz- und Palliativberatung um ein und dieselbe Beratungssituation handeln, für die eine einheitliche Rechtsgrundlage gelten muss.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die Ergänzung der bestehenden Regelungen über den Abschluss von Verträgen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung um ein Schiedsverfahren sehen die Betriebskrankenkassen kritisch. Denn gemäß den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 besteht für Leistungserbringer kein Anspruch auf einen Vertragsabschluss. Die Einführung eines Schiedsverfahrens würde diese Regelung konterkarieren.

Bedenken haben die Betriebskrankenkassen gegen die geplante Regelung, nach der Verträge über eine ambulante Palliativversorgung oder die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch nach § 73b SGB V abgeschlossen werden können. Diese Verträge werden ausschließlich mit Hausärzten geschlossen. Die gewünschte koordinierte sektorübergreifende Versorgung,

z.B. mit Pflegediensten oder Krankenhäusern, würde in einer solchen Vertragskonstellation daher nicht erreicht werden.

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Die Intention der vorgesehenen Leistung ist zwar zielführend und wird von den Betriebskrankenkassen auch grundsätzlich geteilt. Allerdings wird die konkret vorgesehene gesetzliche Umsetzung nicht als konkret und konsistent genug angesehen. Die in der Gesetzesbegründung vorgesehene Vermeidung von Doppelstrukturen scheitert nach Auffassung der Betriebskrankenkassen daran, dass bereits heute eine entsprechende Beratung durch Allgemeinmediziner und spezialisierte Mediziner erfolgt, die auch entsprechend vergütet werden. Hinsichtlich der Berücksichtigung der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, die grundsätzlich nachvollziehbar ist, geben die Betriebskrankenkassen zu bedenken, ob nicht die Unterstützung durch ambulante Hospizdienste bedarfsgerechter wäre. Vor diesem Hintergrund fordern die Betriebskrankenkassen - sofern der Gesetzgeber an der Regelung festhält - eine zwingende Evaluation dieser Leistung, um Hinweise auf etwaige Anpassungsbedarfe zu erhalten.

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das BKK System lehnt die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen ab, denn bereits heute besteht aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung die Möglichkeit, Palliativstationen oder -einheiten als Besondere Einrichtungen außerhalb des DRG-Systems durch krankenhausespezifische Entgelte finanzieren zu lassen. Die Möglichkeit einer einseitigen Feststellung durch die Krankenhäuser ist daher unnötig, zumal Probleme in der Umsetzung der Vereinbarung nicht bekannt sind.

Weitere Hinweise und konkrete Änderungsvorschläge finden sich auf den folgenden Seiten.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2

§ 37 Abs. 2 a (neu) Häusliche Krankenpflege

Nach § 37 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen.“

a) Gewünschte Änderung

§ 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Sollte an der Ergänzung des § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V festgehalten werden, sollte dieser wie folgt lauten:

„(2a) Die häusliche Krankenpflege umfasst die palliativpflegerische und palliativmedizinische Versorgung im Rahmen der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2.“

b) Begründung

Palliativpatienten werden durch die GKV entweder in der sogenannten Regelversorgung oder durch spezielle Angebote versorgt, wie der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Innerhalb der verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) ist die palliativpflegerische Versorgung bereits heute Bestandteil und gehört damit zur Regelversorgung innerhalb der GKV. Die damit verbundenen verordnungsfähigen Leistungen werden in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) i.S.d. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V festgelegt. Auf Initiative der GKV wird im G-BA aktuell über eine Konkretisierung der HKP-Richtlinie in Bezug auf die Versorgung von Palliativpatienten beraten. Insofern ist nachvollziehbar, dass es auch die Intention des Gesetzentwurfes ist, die häusliche Krankenpflege noch konkreter im speziellen Kontext der Versorgung von Palliativpatienten zu beschreiben.

Zu hinterfragen ist die hier vorgenommene Klarstellung jedoch im Kontext der Änderungen in § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V, nach welcher zum Ausdruck gebracht werden soll, dass die Krankenbehandlung insgesamt auch die palliative Versorgung beinhaltet. Inkonsistent erscheint in diesem Zusammenhang, dass der häuslichen Krankenpflege faktisch eine Sonderrolle innerhalb der Leistungen der Regelversorgung zukommt und zwar ohne dabei die Ausgestaltung der Leistung zu spezifizieren, während bei anderen Leistungsbereichen der GKV eine solche Klarstellung nicht erfolgt. In der Gesamtschau entsteht somit der Eindruck, dass vom Gesetzgeber ungewollt eine Gewichtung von GKV-Leistungen im Kontext der Versorgung von Palliativpatienten festgeschrieben und damit Rechtsunsicherheiten geschaffen werden.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass die Menschen am Lebensende im Rahmen der Regelversorgung die notwendige palliative Pflege erhalten sollen, soweit kein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b besteht. Damit wird deutlich, dass es offenbar nicht die Intention des Gesetzgebers ist, die HKP über die Grenzen der (palliativ-) pflegerischen und medizinischen Grenzen hinaus auszuweiten. Allerdings führt die Verwendung des Begriffs „allgemeine Palliativversorgung“ in diesem Zusammenhang ebenfalls zu Rechtsunsicherheiten, denn die „allgemeine Palliativversorgung“ ist bislang rechtlich nicht normiert. Verwendung findet diese Begrifflichkeit bislang im Zusammenhang mit der umfassenden Versorgung und Betreuung sterbenskranker Menschen, welche dabei weit über die medizinisch-pflegerische Versorgung hinausgehen und umfassend die Lebenswelten und -bereiche der Betroffenen berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist außerdem anzumerken, dass der Anspruch auf SAPV i.S.d. § 37b Abs. 1 S. 3 SGB V ebenfalls ausschließlich und abgegrenzt ärztliche und pflegerische Leistungen und deren Koordination umfasst. Da somit erkennbar ist, dass der Gesetzgeber eine so umfassende Neujustierung der HKP hier nicht zum Ziel gehabt hat, sollte die vorgesehene Änderung gestrichen oder dahingehend überdacht werden, dass durch die Verwendung eindeutiger Begrifflichkeiten die Intention des Gesetzgebers leistungsrechtlich klar ausgelegt werden kann.

Nr. 4

§ 39b (Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen)

Nach § 39a wird folgender § 39b eingefügt:

„§ 39b

Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme. Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus. Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.“

a) Gewünschte Änderung

- aa) § 39b Sätze 7 und 8 (neu) werden wie folgt gefasst:
„Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.“
- bb) § 39b Satz 9 (neu) wird wie folgt gefasst:
„Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift ganz oder teilweise an Dritte übertragen.“

b) Begründung

zu aa)

Der Anspruch eines Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse ist zu begrüßen. Bereits heute haben die Krankenkassen ihren in § 1 Satz 3 SGB V verankerten Beratungsauftrag zu erfüllen. Gerade auch im Bereich der letzten Lebensphase ist diese Beratung ein wichtiger Bestandteil der Versorgungsleistung.

Die Ausgestaltung des § 39b SGB V ist jedoch wenig praxisgerecht und wird den Bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht. Insbesondere das Schriftformerfordernis der Einwilligung ist weder praxis- noch zielgruppenorientiert. Gerade bei diesem Personenkreis dürfen im Sinne des Versicherten keine bürokratischen Hürden aufgebaut werden. Der Anspruch des Versicher-

ten darf nicht daran scheitern, dass der Versicherte aufgrund seiner gesundheitlichen Situation angesichts des Schriffterfordernisses auf eine Beratung bzw. den Widerruf seiner Einwilligung verzichtet. Hinzu kommt, dass insbesondere die rechtliche Abgrenzung, ob es sich um eine Pflegeberatung oder Beratung nach § 22 SGB IX (kein Einwilligungs- oder Schriftformerfordernis, es sei denn es handelt sich um eine Pflegeberatungsstelle nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI) oder um eine Beratung nach § 39b (dann Einwilligungs- und Schriftformerfordernis) handelt, wird in der Praxis zu rechtlichen Auseinandersetzungen zu Lasten der Versorgung der Betroffenen führen. Deshalb sollte die Einwilligungsregelung analog der Regelung zur Beratung und Aufklärung nach § 7 Abs. 2 Satz 3 SGB XI ausgestaltet werden.

zu bb)

Darüber hinaus fordern die Betriebskrankenkassen, dass die Krankenkassen die Hospiz- und Palliativberatung auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen dürfen, so wie es in der gesetzlichen Pflegeberatung aufgrund der Regelung des § 7a Abs. 1 Satz 7 SGB XI möglich ist. Andernfalls wäre die im Gesetzentwurf geforderte Kooperation und Abstimmung der Beratungsstellen nicht möglich. Dies verdeutlicht auch der Evaluationsbericht zur Pflegeberatung aus dem Jahr 2012, der die „vielfältige Angebotslandschaft“ (S. 17) und den „großen Gestaltungsspielraum“ (S. 69) betont und feststellt, dass die Übertagung an Dritte insbesondere für kleinere Kassen wichtig sei. Dies gilt umso mehr, als viele gesetzliche Krankenkassen bei der Pflegeberatung mit Dienstleistern zusammenarbeiten. Diesen sollte auch die Beratung nach § 39b ermöglicht werden, um beide Beratungen in ein und demselben Beratungsgespräch durchführen zu können. Denn in der Praxis wird bei der Beratung sterbenskranker Versicherter oder derer Angehörigen nicht zwischen Pflegeberatung auf der einen und Hospiz- und Palliativberatung auf der anderen Seite getrennt werden können. Es handelt sich um ein und dieselbe Beratungssituation, weshalb die Rechtsgrundlage deckungsgleich sein muss.

Nr. 7

§ 92 Absatz 7 (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

§ 92 Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

„5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung.“

b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungserbringern“ die Wörter „und zu den Regelungen gemäß Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf Bundesebene“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

§ 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 ist wie folgt zu fassen:

„5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege für Palliativpatienten.“

b) Begründung

Der BKK DV begrüßt die Klarstellung, dass die häusliche Krankenpflege auch die Palliativversorgung umfasst.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung stellt jedoch den Leistungsinhalt der ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nicht hinreichend klar. Es entsteht vielmehr der Eindruck, dass die häusliche Krankenpflege im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung – über den in § 37 SGB V festgelegten Inhalt hinaus – weitergehende Leistungen der Palliativpflege umfasst. Unterstützt wird dieser Eindruck dadurch, dass durch die Formulierung der Begründung eine Differenzierung zwischen behandlungspflegerischen Maßnahmen sowie Leistungen der ambulanten Palliativpflege angenommen werden kann.

Der Änderungsvorschlag dient daher der Konkretisierung und der Normenklarheit.

Nr. 9

§ 132d (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

§ 132d wird wie folgt geändert:

aa) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

bb) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Krankenkassen können Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a abschließen. Die Empfehlungen nach Absatz 2 und die Richtlinien nach § 37b Absatz 3 und § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.“

a) Gewünschte Änderung

Siehe dazu die Anmerkungen der nachfolgenden Begründung.

b) Begründung

zu aa)

Gemäß den Empfehlungen nach Absatz 2 des § 132d besteht kein Anspruch für Leistungserbringer auf einen Vertragsabschluss. Die Einführung eines Schiedsverfahrens würde diese Regelung konterkarieren und wird daher seitens der Betriebskrankenkassen kritisch gesehen. Die Krankenkassen sollten Verträge nur mit geeigneten Einrichtungen und Personen schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist (vgl. § 132d Absatz 1).

zu bb)

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen lassen die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen in der jetzigen Form bereits Verträge im Rahmen von § 140a SGB V zu. Der Verweis auf § 140a hätte daher unseres Erachtens eine klarstellende Bedeutung.

Bedenken haben die Betriebskrankenkassen hinsichtlich der Erweiterung auf Verträge nach § 73b. Diese Verträge werden ausschließlich mit Hausärzten geschlossen. Eine koordinierte sektorübergreifende Versorgung mit Pflegediensten und z. B. Krankenhäusern (Überleitung) würde in dieser Vertragskonstellation nicht erreicht werden. Darüber hinaus handelt es sich bei Verträgen nach § 73b SGB V nicht um freiwillig abzuschließende Verträge, sondern die Krankenkassen „haben“ Verträge nach § 73b SGB V anzubieten, was wiederum dem „können“ des neuen Abs. 3 widerspricht.

Nr. 10

§ 132g (Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase)

Nach § 132f wird folgender § 132g eingefügt:

„§ 132g

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

- (1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen in 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 beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. 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) In die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden. Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können das Beratungsangebot selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.
- (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, 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) Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen der Einrichtung nach Absatz 1 Satz 1. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und zu der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach

Absatz 3 zu regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. Die ärztlichen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 3 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Sofern diese ärztlichen Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 132d Absatz 1 erbracht werden, ist deren Vergütung in diesen Verträgen zu vereinbaren.“

a) Gewünschte Änderung

In § 132g Abs. 3 (neu) wird folgender Satz 4 angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene evaluieren bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsdreißigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Umsetzung und Wirkung der Leistung nach Absatz 1.“

b) Begründung

Die Intention der vorgesehenen Leistung, die Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und (sämtlichen) Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sowie die dafür notwendige Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer zu verbessern, ist grundsätzlich zielführend und wird von den Betriebskrankenkassen geteilt. Auch dass die vorgesehene Fallbesprechung – unter Beteiligung von Vertrauenspersonen – die individuellen Bedürfnisse des Versicherten erfasst, wird begrüßt.

Allerdings erscheint die Konzeption der gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase insgesamt zu unkonkret bzw. inkonsistent und sollte hinsichtlich ihrer Ausrichtung als Beratung bzw. Koordination überdacht werden.

So weist die Begründung zu Absatz 2 zwar darauf hin, dass Doppelstrukturen durch die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren/Berufsgruppen zu vermeiden sind. Dies dürfte jedoch aus folgenden Gründen schwer zu erreichen sein: Eine entsprechende Planung bzw. Beratung durch den behandelten Allgemeinmediziner (allgemeine Palliativversorgung) und dem spezialisierten Mediziner (SAPV) sollte bereits heute gewährleistet sein und die entsprechenden Leistungen werden auch bereits vergütet. Ein SAPV-Team führt beispielhaft regelmäßige multiprofessionelle Teamsitzungen und Fallbesprechungen durch und arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung (z.B. niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen) sowie den Einrichtungen der Hospizbewegung zusammen. SAPV kann als alleinige Beratungsleistung, Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenversorgung verordnet werden. Für die palliativmedizinische Betreuung wurden zum 1. Oktober 2013 vier neue Leistungspositionen in den EBM aufgenommen, die nur von Hausärzten sowie Kinder- und Jugendärzten abgerechnet werden können. Diese Leistungen beinhalten die palliativmedizinische Ersterhebung, die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis sowie Zuschläge für die palliativmedizinische Betreuung bei Besuchen. Die palliativmedizinische Ersterhebung beinhaltet auch die Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens. Die palliativmedizinische Betreuung beinhaltet u.a. die Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern und ebenfalls die Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen.

Auch die Berücksichtigung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist nachvollziehbar. Allerdings ist zu hinterfragen, ob Personen die in der Sterbephase in einer Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, dort auch die geeigneten Voraussetzungen vorfinden, welche die Erbringung eines solch speziellen Beratungsangebotes einschließlich der Versorgungsplanung garantiert. Denn unklar ist bislang, welchen Qualifikationsniveaus die Berater entsprechen müssen und wie dort die bereits oben angesprochene Koordination etwaiger beteiligter Leistungserbringer und die entsprechende Abgrenzung gewährleistet werden kann. Mithin ist also die Frage zu klären, ob die Betroffenen tatsächlich die Unterstützungen erhalten, die in der letzten Lebensphase gewünscht und notwendig sind bzw. ob hier nicht eher die Unterstützung durch (ambulante) Hospizdienste bedarfsgerechter wäre. Daneben ist anzumerken, dass die Eingliederungshilfe im Sozialhilferecht verankert und damit Teil der öffentlichen Fürsorge ist, die überwiegend von den Landkreisen und kreisfreien Städten bzw. den Trägern der Sozialhilfe finanziert wird, soweit nicht ein anderer Träger vorrangig zur Leistung verpflichtet ist. Insofern erscheint die Finanzierung der vorgesehenen Leistung – wenn sie den in Einrichtungen der Eingliederungshilfe umgesetzt werden kann – allein durch die Krankenkassen zumindest fraglich zu sein.

Zudem ist Sterbebegleitung insgesamt bereits heute Bestandteil der Pflegeleistungen und kann in den Rahmenverträgen zur vollstationären Pflege berücksichtigt werden. Sie ist damit schon in vielen Fällen eine konkrete Leistung von stationären Pflegeeinrichtungen und findet entsprechend in den vereinbarten Entgelten Berücksichtigung. Aufgrund der geplanten Gesetzesänderung müssten die Vertragspartner prüfen, inwieweit die vereinbarten Leistungen der Sterbebegleitung bereits heute Inhalte umfassen, welche unter der neuen Leistung „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ subsumiert werden, die nunmehr von den Krankenkassen zu finanzieren sind und damit aus den vereinbarten Entgelten im SGB-XI-Bereich herauszurechnen sind. Dies bedeutet einen immensen Aufwand für die Beteiligten.

Sollte der Gesetzgeber an dieser Leistung in der vorliegenden Form festgehalten, muss aus Sicht der Betriebskrankenkassen aufgrund der aufgezeigten Schwierigkeiten und mit Blick auf die Wirkung in der Versorgung zwingend eine Evaluation im Verlauf vorgesehen werden, um auf dieser Grundlage Hinweise auf spätere gesetzgeberische Anpassungsbedarfe zu erhalten.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 17b Absatz 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I, S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Änderung.

b) Begründung

Die Neuregelung ist überflüssig. Bereits heute besteht die Möglichkeit, Palliativstationen oder -einheiten als Besondere Einrichtungen außerhalb des DRG-Systems durch krankenhausesindividuelle Entgelte finanzieren zu lassen. Dazu haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) in § 1 Abs. 3 S. 1 der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2015 geregelt, dass als besondere Einrichtung eine Palliativstation oder -einheit ausgenommen werden kann, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt ist und über mindestens fünf Betten verfügt. Selbst wenn ein Krankenhaus oder ein organisatorisch abgrenzbarer Teil eines Krankenhauses die Voraussetzungen nach Abs. 3 nicht erfüllt, in seltenen Ausnahmefällen jedoch tatsächlich eine Besonderheit vorliegt, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht sachgerecht vergütet wird, kann das Krankenhaus oder der Teil eines Krankenhauses als besondere Einrichtung von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems ausgenommen werden, wenn das Krankenhaus einen entsprechenden Nachweis erbringt. Von Seiten der GKV ist derzeit nicht geplant, von dieser zum DRG-System alternativen Finanzierungsform abzuweichen.

Die Möglichkeit der einseitigen Feststellung durch die Krankenhäuser ist unnötig. Probleme in der Umsetzung o.g. Vereinbarung sind nicht bekannt.