

Thomas Sitte

Facharzt für Anästhesiologie
Palliativmedizin
Spezielle Schmerztherapie
Notfallmedizin
Sportmedizin

Vorstandsvorsitzender Deutsche PalliativStiftung

Büro: Am Bahnhof 2
36037 Fulda
0661 48049 797
thomas.sitte@palliativstiftung.de

Fulda, 17. September 2015

Stellungnahme der Deutschen PalliativStiftung zum Entwurf eines „Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativver- sorgung in Deutschland“ (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

die Deutsche PalliativStiftung begrüßt den im Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) ausdrücklich.

Als ein Beispiel wichtiger Fortschritte für die Versorgung nehmen wir die Änderung im § 37 SGB V *Häusliche Krankenpflege* wahr, in dem nun auch die ambulante Palliativversorgung beinhaltet sein wird.

Diesen Entwicklungsprozess wollen wir weiter konstruktiv unterstützen und bitten Sie, unsere weiteren folgenden Empfehlungen als Anregung für eine möglichst gute, umfassend verfügbare und breit aufgestellte Hospizarbeit und Palliativversorgung zu verstehen.

Aktuell erleben wir als praktisch Tätige nahezu alltäglich, dass dies der Selbstverwaltung erst durch eine entsprechende gesetzliche Rahmgebung sowie deren Ausführungsbestimmungen gelingen kann.

Als Empfehlungen der PalliativStiftung zu Änderungen zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland gelten weiterhin die Vorschläge in

Anlage 1 (Ab Seite 10: „Vorschlag zur Regelung der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Sozialgesetzbuch V“,

Anlage 2 (ab Seite 21: „Die regionale Vernetzung i.V.m. Hospiz- und Palliativkonferenzen bedarf der Einführung von Palliativbeauftragten für die Parlamente der Bundesländer wie auch für den Bundestag“)

und Anlage 3 (ab Seite 24: Anlage 3: Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“).

Zudem unterstützt die Deutsche PalliativStiftung die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV voll inhaltlich.

An dieser Stelle möchte ich mich auch im Namen all derer, die sich unter dem Dach der Deutschen PalliativStiftung für eine bessere Palliativversorgung und Hospizarbeit in Deutschland einsetzen, herzlich für Ihre Bemühungen bedanken. Gerne stehen ich sowie Hr. Dr. Dr. Eckhard Eichner, Vorsitzender der Augsburger Hospiz und Palliativversorgung e.V. (eines bereits umfassend realisierten Hospiz- und Palliativnetzwerkes von über 50 Organisationen, darunter auch den beiden Gebietskörperschaften Augsburg Stadt und Augsburg Land) für Rücksprachen zur Verfügung.

Empfehlung, SAPV nicht dem Wettbewerbsgedanken zu opfern

Die Erfahrungen in der SAPV-Praxis in den letzten Jahren haben eindeutig belegt, dass die Annahme aus dem Jahr 2007, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung eigne sich nicht als Wettbewerbsfeld der Krankenkassen und Wettbewerb trage in diesem speziellen Feld zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation bei, richtig waren.

Angesichts der großen Fortschritte in der Umsetzung der SAPV zeigen praktische Erfahrungen auf, dass nun neben der SAPV auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (A-APV) gesetzlich zu konkretisieren und die bestehenden Versorgungsstrukturen zu einem vernetzten Leistungsgeschehen auszugestalten sind - wie dies im vorliegenden Gesetzesentwurf bereits konkret formuliert ist. Dies muss jedoch geschehen, ohne den weiteren Ausbau der SAPV zu behindern oder diese dem Wettbewerb zu öffnen, wie es bereits geschieht.

Nahezu alle Anwesenden haben sich im Anhörungsverfahren am 13. April 2014 in dem o.a. Sinne eingebracht, ohne dass dies im vorliegenden Kabinettentwurf seinen Niederschlag gefunden hat. Wir haben deswegen große Sorge, dass das Zulassen von Selektivverträgen und anderen Formen des Wettbewerbs bei der SAPV trotz formulierter Qualitätsansprüche dazu führen wird, dass die Krankenkassen ihre Marktmacht als Kostenträger zu einer möglichst billigen Umsetzung dieser spezialisierten Versorgungsform nutzen werden. So haben wir bereits heute Regionen in Deutschland, in denen trotz bestehender Verträge zur SAPV und Verfügbarkeit von spezialisiertem Personal aufgrund der vereinbarten Finanzierungsgrundlagen in realitas keine spezialisierte palliative Versorgungsleistung zur Verfügung gestellt werden kann, weil die multiprofessionelle interdisziplinäre sektorenübergreifende Arbeit schlicht und einfach nicht finanziert ist.

Am Beispiel von Westfalen-Lippe, in dem die kassenärztliche Vereinigung und die Kostenträger abweichend vom § 37b SGB V eine - nahezu perfekte - **allgemeine ambulante Palliativversorgung** umgesetzt haben, kann eindeutig belegt werden, dass gute allgemeine Palliativversorgung innerhalb der Regelversorgung vielen Menschen ermöglicht, bis zum Tod zu Hause bleiben zu können. Doch dies ist weder Indiz noch Modell dafür, dass eine solche „teamlose, rein hausärztlich orientierte SAPV“ im Kostenwettbewerb bundesweit qualitativ für Patienten mit hochkomplexer Symptombelastung besser erbracht werden könnte als die Leistungserbringung durch multiprofessionelle und damit teurere SAPV-Teams. Deshalb wird, sofern die angedachte wettbewerbliche Regelung für die SAPV zur gesetzlichen Real-

tät würde, dies - wenn auch unbeabsichtigt - zwangsläufig zum „Mörderparagraf“ der bestehenden multiprofessionellen SAPV-Teams mutieren.

Unstrittig ist, dass wettbewerbliche Elemente in der Krankenversorgung zum Nutzen für den Patienten beitragen, wenn sie diesen echte Wahlmöglichkeiten eröffnen. Angesichts der bis auf Weiteres begrenzten Verfügbarkeit spezialisierten Personals insbesondere im ländlichen Raum erscheint SAPV weder ein Wettbewerbsfeld um die Versorgung eines Schwerstkranken oder Sterbenden als Individuum oder um Personal als ein realistisches Szenario. Vielmehr bedarf es gesicherter, d.h. gesetzlich verankerter, struktureller Grundlagen, um das benötigte spezialisierte Personal überhaupt gewinnen zu können. Insofern werden die ange-dachten Wettbewerbselemente einzelner Kassen nicht dazu beitragen, dass qualifiziertes Personal auch für strukturell schwache Regionen für die Palliativversorgung verfügbar wird, sondern dies bedarf des gesetzlichen Auftrages zur Anstrengung aller Beteiligten. Im Gegenteil werde solche Selektivverträge eher dazu führen sondern diese werden sogar dazu führen, dass es im ländlichen Raum nur vereinzelt und nur für Versicherte einzelner Krankenkassen spezialisierte Palliativversorgung geben wird.

Aus diesem Grunde bitten wir nachdrücklich darum, stattdessen strukturelle Vorgaben für die AAPV in das Gesetz aufzunehmen. Denn auch ohne Gesetzesänderung wäre es durchaus möglich, die in NRW von beiden KVen mit Erfolg entwickelten Strukturen auch von anderen KVen bei der GKV als Teil der allgemeinen Palliativversorgung und damit originärem Hausarzt-auftrag einzufordern. Das ist aber bislang nicht erfolgt.

Die Deutsche Palliativstiftung schlägt deshalb als pragmatische Problemlösung vor,

1. **den Begriff „Allgemeine ambulante Palliativversorgung“ (AAPV) zur Vorgabe einer koordinierten, vernetzten Palliativversorgung, insbesondere auch abgrenzbar von der SAPV und überleitend zu dieser Leistung, in das SGB V einzuführen. Hierzu soll nach § 37b (SAPV) ein § 37c Allgemeine ambulante Palliativversorgung eingefügt werden, wie wir dies bereits in unserer Stellungnahme beschrieben und dort weiter begründet haben.**
2. **einen palliativmedizinischen Konsiliardienst, wie er sich in NRW als essentiell erforderliche Leistungsstruktur erwiesen hat, zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in allen KVen für allerdings alle hausärztlich tätigen Vertragsärzte in die Regelversorgung einzuführen.**

Empfehlung, die regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerke gesetzlich zu verankern

Die Deutsche PalliativStiftung begrüßt, dass das partnerschaftliche Zusammenspiel von Hospizbewegung und Palliativversorgung gestärkt werden soll. Ebenso wird begrüßt, dass bereits an unterschiedlichen Stellen (u.a. auch bei der Ärzteschaft) Anpassungen bezüglich der Finanzierung dieser auch systemseitig – und damit patientenunabhängig - zu erbringenden Leistungen vorgesehen sind.

Es ist jedoch unumgänglich und war auch wesentlicher Bestandteil der Diskussion am 13. April, dass konkret die relevanten Elemente von Hospiz- und Palliativnetzwerken im Sinne von Mindestanforderungen benannt sein müssen, um hierfür eine finanzielle Förderung durch die GKV zu ermöglichen bzw. mit Blick auf Nordrhein abzusichern.

Die Deutsche PalliativStiftung schlägt deswegen konkret vor, an folgenden Stellen des HPG noch eindeutiger als bisher und in Anknüpfung an das Eckpunktepapier vom November, indem die örtliche Netzwerkbildung befördert werden sollte, für Klarstellungen zu sorgen und damit dazu beizutragen, dass die regionale organisationsübergreifende Vernetzung das Grundgerüst des Leistungsgeschehen darstellt:

Im Abschnitt A. Problem und Ziel – zweiter Spiegelstrich sollte der bisherige Text wie folgt angepasst werden¹:

- die Vernetzung von Angeboten der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der hospizlichen Begleitung sicherzustellen, ~~und~~ die Kooperation der daran beteiligten Leistungserbringer zu gewährleisten **und die Organisation in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken zu fördern,**

Im Abschnitt B. Lösung wäre der folgende zusätzliche Spiegelstrich 11 erforderlich:

- **Die Entwicklung und Organisation regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke wird befördert, um ein systematisch aufgebautes, sektorenübergreifendes, regional abgestimmtes, abgestuftes und individualisiertes Leistungsgeschehen zu ermöglichen.**

Im Abschnitt II. Wesentlicher Inhalt des Gesetzes / Schwerpunkte des Gesetzes / 1. Verbesserung der ambulanten Palliativversorgung und Förderung der Vernetzung in der Regelversorgung sollte dem zweiten Absatz ein dritter Absatz folgenden Inhalts angeschlossen werden:

Die (Weiter-)Entwicklung und Organisation regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke soll durch regionale Koordinierungsstellen befördert werden, die patientenunabhängig als Systemleistung Voraussetzung sind, um auf der einen Seite die Vernetzung aller beteiligten Leistungserbringer in einer Region zu organisieren und um im Einzelfall zeitnah, dem Bedarf angemessen und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend eine Versorgung zu ermöglichen. Die Vernetzung der Leistungserbringer erfolgt durch den strukturierten und gezielten Austausch zwischen den Leistungserbringern in bedarfsgerechten Zeitabständen.

¹ In Rot die Vorschläge der Deutschen PalliativStiftung

Empfehlung, die allgemeine ambulante und stationäre Palliativversorgung als Grundlage, die vor einer spezialisierten Palliativversorgung Versorgung notwendig wird, angemessen zu berücksichtigen

Eine zur Palliativversorgung in allen Versorgungsstufen notwendige regelhafte Hausbesuchstätigkeit insbesondere der Haus- aber auch der Fachärzte innerhalb des Kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages ist bisher im SGB V an keiner Stelle explizit verortet. Es wird stillschweigend als selbstverständlich vorausgesetzt dass (auch palliative) Hausbesuche flächendeckend stattfinden, dies bildet aber keinesfalls die aktuelle Realität ab. In den Hospizen, Kinderhospizen und Heimen sind die Kassenärzte dem BMV-Ä und seinen Anlagen folgend zuständig, eine flächendeckende Sicherstellung hierzu findet aber insbesondere in Kinderhospizen nicht statt. Dies führt dann zu Versorgungsdefiziten, häufigen notfälligen Einweisungen und vermeidbaren wie unnötigen und unerwünschten Krankenhausaufenthalten und Rettungsdiensteinsätzen und verhindert eine angemessene hospizlich-palliative Versorgung.

Gleiches gilt in der stationären Versorgung, wo zwischen der üblichen Grund-, Regel- und Maximalversorgung in den Krankenhäusern auf Abteilungen jeglicher Fachrichtung und der palliativen Begleitung auf einer Palliativstation in der Regel ein relevantes Defizit an hospizlich-palliativem Denken, Wissen und Handeln vorliegt.

Empfehlung, die zuschussfähigen Kosten stationärer Hospize für Kinder, wie für Erwachsene zu 100 % zu tragen

Geplant ist im Gesetzentwurf eine Anhebung der Erstattung anrechenbarer und zuschussfähiger Kosten für alle stationären Hospize auf 95 %. Diese Finanzierungslücke soll sicherstellen, dass solche Einrichtungen nicht aus wirtschaftlichen Gründen betrieben werden, sondern dauerhaft auf Spenden angewiesen sind. Der Aufbau von Hospizen in strukturschwachen gegenüber wohlhabenden Regionen, bzw. solchen mit einer leichteren Spendenakquise wird so unangemessen benachteiligt. Bereits jetzt zeichnet sich eine Entwicklung mit einer tendenziellen Überversorgung an stationären Hospizen in Ballungszentren ab, gegenüber gering besiedelten Gebieten. Gleiches gilt für die Neugründung von stationären Kinderhospizen, bei denen kein weiterer Bedarf zu bestehen scheint.

Deshalb ist eine Kostendeckung zu fordern. Über die wirtschaftliche, ausreichende, nutzbringende und zweckmäßige Versorgung von Patienten im Hospiz hinaus, sind in allen Einrichtungen ohnehin spendenfinanzierte Mehrleistungen im Sinne aller Beteiligten üblich.

Zudem müssen verbindliche Lösungen gefunden werden, die privaten Krankenversicherungen in die Regelfinanzierung der Hospize, wie auch der SAPV, einzubinden.

Empfehlung, die Arbeit stationärer Kinderhospize klarer zu beschreiben

Der ambulante und stationäre hospizliche- und palliative Pflege- und Betreuungsumfang von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterscheidet sich erheblich von jenem der Erwachsenen. Deshalb ist es aus unserer Sicht notwendig, diesen umfassender im Hospiz- und Palliativgesetz zu beschreiben.

Einrichtungen der Kinderhospizarbeit, aber auch pädiatrische Palliativeinrichtungen, arbeiten heute bereits unter ganzheitlicher Betrachtungsweise. Die Begleitung der erkrankten jungen Menschen erfolgt unter angemessener systemischer Sichtweise, dazu gehört nicht nur die Begleitung der Sterbenden sondern auch die Begleitung der nahen Angehörigen, insbesondere bei minderjährigen Kindern, der Eltern und Geschwister, auch über den Tod hinaus.

Dadurch wird gewährleistet, dass die systemische Sichtweise in der Begleitung junger Menschen nicht allein den Vertragsparteien auf Rahmenvertragsebene überlassen wird.

Bisher gab es auf Seiten der Kostenträger – mit Verweis auf die fehlende Ermächtigung im Gesetz – immer wieder Vorbehalte in Bezug auf die Finanzierung von Leistungen auch für die Begleitung von Eltern und Geschwistern. Der bisherige Entwurf des HPG lässt erwarten, dass dieser Dissens weiter fortgeschrieben wird, falls keine gesetzliche Konkretisierung erfolgt.

Empfehlung für die ärztliche Versorgung in stationären Kinderhospizen

Hier besteht ein konkreter Regelungsbedarf für stationäre Kinderhospize. Die Problematik der ärztlichen Versorgung in stationären Kinderhospizen wird durch den Referentenentwurf bisher nicht gelöst.

Da die Mehrzahl der Kinderhospizgäste aus großer Entfernung (>100 km) anreisen, muss auch die ärztliche Versorgung diesem Umstand Rechnung tragen. Eine wohnortnahe, hausärztliche und palliativ-ärztliche Versorgung, wie bei Hospizen für Erwachsene vorgesehen, ist für Kinderhospize in praxi unmöglich. Auch eine Versorgung über die SAPV, so sie regional möglich wäre, scheidet für einen Großteil der Gäste von Kinderhospizen aus, da diese nicht die Anforderungen an eine Verordnung nach Muster 63 erfüllen.

Kinderhospize, die deshalb eigene Ärzte vorhalten, müssen in die Lage gebracht werden, als Institutsambulanz zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung rezeptieren zu können.

Wir haben Verständnis, dass der Gesetzgeber die Ausgestaltung der qualifizierten und koordinierenden palliativ-medizinischen Versorgung in die Hände der Selbstverwaltungen, namentlich der kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband und der Krankenkassen, legt. Da der Mangel in der ärztlichen Versorgung von stationären Kinderhospizen ausschließlich auf Seiten der Betroffenen, aber auch bei den stationären Kinderhospizen zu spüren ist, kann erwartet werden, dass eine Vereinbarung der genannten Selbstverwaltungen die Problematik aus eigenen Stücken nicht kennt und damit auch nicht lösen wird.

Die ärztliche Versorgung im Kinderhospiz wird bisher überwiegend aus Spendenmitteln bestritten. Nur vereinzelt ist es bisher gelungen, dass die Personalkosten für die palliative ärztliche Versorgung über den tagesbezogenen Bedarfssatz nach § 39a Abs. 1 SGB V abgebildet werden. Medikamente und Verbandsmittel müssen überwiegend und oftmals regelwidrig aus Spenden finanziert werden.

Empfehlung zu Rahmenvereinbarungen für Kinderhospize

Eine gemeinsame Rahmenvereinbarung für Erwachsene und Kinder ist möglich, für stationäre Kinderhospize kann diese auch selektiv abgeschlossen werden. Diese selektive Vereinbarung kann aber zu einem unverhältnismäßigen Mehraufwand in der Erarbeitung führen.

Deswegen kann es sinnvoller sein, eine

Definition eigener Leistungs- und Qualitätsmerkmale für Kinderhospize

zu erarbeiten.

Es bestehen hier so wesentliche Unterscheidungen zwischen Erwachsenen und Kindern bei den Krankheitsgruppen, der zeitlichen Dauer des Krankheitsverlaufes, dem ausreichenden und notwendigen Raumprogramm der Einrichtungen und insbesondere der Personalausstattung, dass es unmöglich ist über die grundlegenden Gemeinsamkeiten hinaus Merkmale zu definieren, die für die Hospize zur Versorgung von Kinder, jugendlichen, jungen Erwachsenen, Erwachsenen, Alten und Hochaltrigen gleichermaßen gelten könnten.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung für Kinder

In der AAPV, auch im Rahmen der ambulanten Kinderpalliativpflege bis zum vollendeten 27. Lebensjahr, bestehen besondere Bedarfe. Dies betrifft zum Beispiel Kinder mit Epilepsien, seltenen Stoffwechselerkrankungen, neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. „Kinderdemenz“), hochkomplexen Herzfehlern mit anstehender Indikation zur Herztransplantation, onkologischen Erkrankungen, die mit perkutanen Gastrostomata versorgt sind, Mukoviszidose und andere mehr.

Zum Beispiel in der Schmerztherapie können bereits junge Patienten, so sie eine Versorgung nach den Kriterien der multimodalen, spezialisierten Schmerztherapie benötigen, auch über das 18. Lebensjahr hinaus vom darauf spezialisierten Pädriater behandelt werden. Auch in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung können die lebensbegrenzt erkrankten Patienten, da auch sie eben einen hohen Bedarf an für Erwachsene völlig ungewöhnlichen Maßnahmen besitzen, in der Regel bis zum 27. Lebensjahr vom pädiatrischen Palliative Care Team versorgt werden.

Häufig gibt es keine medizinisch begründbare Indikation in der allgemeinen palliativen Versorgung für eine Transition² hin vom Pädiater zu einem in der Behandlung solcher Kinder unerfahrenen Erwachsenenmediziner. Dies trifft insbesondere zu nach einer langjährigen Versorgung vom Säuglings- oder Kleinkindalter an. In dieser langjährigen Beziehung ist die therapeutische Beziehung zum Patienten und seinen Zugehörigen in besonderer Weise gewachsen, viele gemeinsame Erfahrungen sind gemacht worden, die so nicht ohne Verlust an Wissen an die Erwachsenenmediziner übertragen werden könnten.

Gerade im sensiblen Bereich der Ernährung (schwerstmehrfachbehinderter) Patienten, der Anlage und Weiterbehandlung von Gastrostomata und Iliostomata ist neben dem Wert des Wissens aus der langjährigen Beziehung, das notwendige technisch-handwerkliche Geschick nicht nebenbei zu erwerben, wenn man keine größere Zahl solcher Patienten versorgt. Gerade in der Altersgruppe der etwa 17 bis 24jährigen Patienten mit lebensbegrenzenden Erkrankungen geraten die Versorgenden immer wieder an medizinisch unsinnige, durch Gesetze, Richtlinien und Verordnungen festgelegte Grenzen, die den Patienten und seinem Umfeld wenn nicht erheblichen Schaden zufügen, so doch zu einer unangemessenen Belastung führen.

Deshalb ist es zu regeln, dass Ärzte, die bereit sind, solche Patienten langfristig und fachlich-qualitativ angemessen zu betreuen, von kontraproduktiven Begrenzungen seitens der Behandlungs-, Verordnungs- und Abrechnungsfähigkeit befreit werden.

Empfehlung, für notwendige Änderungen zugunsten der angemessenen Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln

Gerade in der Versorgung Schwerstkranker mit einer hohen Symptomlast, akuten Leidendruck und geringer verbleibender Lebenszeit sind naturgemäß Bedarfe häufig dringlichen Charakters. Da Verordnungen im Rahmen der GKV häufig eine gewisse Zeit bis zur Genehmigung benötigen, sind durch geeignete Maßnahmen Bedingungen zu schaffen, wie diese Zeiten – nicht ohne Verantwortlichkeit des und mögliche Regressforderungen gegen den Verordner – notfalls eliminiert werden können. Solche notfälligen Verordnungen bedürfen selbstverständlich einer anschließenden Überprüfung und Rechtfertigung.

² Unter **Transition** versteht man in der Medizin den geplanten Übergang von Kindern oder jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen von einer **kindzentrierten** hin zu einer erwachsenenorientierten **Gesundheitsversorgung**. Ziel der *Transitionsmedizin* ist es, diesen Übergang durch verschiedene Programme - insbesondere Schulungen und strukturierte Fortbildungsangebote - zu standardisieren und zu vereinfachen. Ein erfolgreicher Transitionsprozess soll strukturiert, flächendeckend, patientenorientiert und flexibel verlaufen, damit Fehl- und Unterversorgung verhindert werden kann. In Deutschland besteht im internationalen Vergleich derzeit ein großer Nachholbedarf an Forschungsvorhaben, Programmen und Lösungsansätzen. Gerade bei seltenen Erkrankungen, die bei Erwachsenen nicht neu auftreten kann eine Transition ohne Schaden für den Patienten kaum möglich sein.

Es existieren eine Vielzahl von Vorgängen in der täglichen Versorgungspraxis, die nicht gesetzeskonform und patientengerecht zu gleicher Zeit umgesetzt werden können. Dies gilt z.B. für die Überlassung zum Gebrauch von Nicht-Betäubungsmitteln, die regelmäßig zur Unzeit und im Notfall erforderlich wird, aber bislang nur für Betäubungsmittel an gewisse Bedingungen gebunden möglich ist.

Auch bei der Verordnung von Rezeptur Arzneimitteln außerhalb des Deutschen Arzneibuches (zum Beispiel opioidhaltige Gele zur Anwendung auf offenen Wunden) bestehen seit kürzerer Zeit bedingt durch EU-gemäße Reformen besondere Einschränkungen, die eine rechtskonforme Anwendung unmöglich machen.

BtM-Rezepte müssen z. B. vor Auslieferung durch die Apotheke in physikalischer Form in der Apotheke vorliegen, als FAX, Mail, SMS oder telefonische Anforderung ist eine Übermittlung der dringlichen Bestellung für den Patienten nicht gesetzeskonform, aber alltäglich.

Um eine Übersicht über den gesamten, notwendigen Regelungsbedarf zu erstellen, wäre ein entsprechendes Gutachten erforderlich.³

Empfehlung, die zwingend notwendige Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit gesetzlich zu verankern

Die weit überwiegende Mehrheit der Deutschen hat keine Vorstellung von der Arbeit und den Möglichkeiten hospizlich-palliativer Versorgung. Es ist zu begrüßen, wenn nun die Pflicht zu gezielter Information der Versicherten in das Gesetz aufgenommen wird. Dies bedeutet aber nicht, dass diese Informationen von Versicherten überhaupt abgefragt würden, denn man wird sich nur darüber genauer informieren wollen, wovon man überhaupt schon gehört hat. Wichtig ist deshalb eine breit angelegte Informationskampagne, die auch die gesellschaftlich relevanten Gruppen in Art und Sprache tatsächlich erreicht. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat durch Aktionen wie „Gib AIDS keine Chance“ oder „Organpate werden“ bereits gezeigt, wie mit erheblichem Aufwand sachliche Informationen gut verständlich aufbereitet in Werbekampagnen umgesetzt werden können.

Eine weitere, kostenneutrale und ohne Aufwand sofort umsetzbare Maßnahme ist die Aufnahme eines Ankreuzfeldes „Ich habe eine Patientenverfügung/(Vorsorge)Vollmacht ja/nein“ in den Organspendeausweis, der -zigmillionenfach regelmäßig verteilt wird.

Gerade in der und für die Diskussion um die (Selbst)Tötung kranker und leidender Menschen sind solche Informationen für die Bevölkerung wichtiger denn je.

³ Siehe auch Einbecker Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht zu aktuellen Rechtsfragen der Palliativversorgung aus dem „16. Einbecker Workshop der DGMR“ im Oktober 2014

Anlage 1

vom 17.03.2015

Vorschlag

zur Regelung der

Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)

im Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Anlage 1 vom 17.03.2015

Vorschlag

zur Regelung der

Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)

im Sozialgesetzbuch V (SGB V)

I. Problemdarstellung und Vorschläge zur Problemlösung

Mit der Einführung des leistungsrechtlichen Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für alle gesetzlich Krankenversicherten hat sich gezeigt, dass sowohl der Übergang aus der „hausärztlichen Regelversorgung“ wie auch die hausärztlichen Aufgaben in der Versorgung einer allgemein gültigen Strukturierung unter Einbeziehung von Palliativpflege bedürfen.

Des Weiteren liegen inzwischen langjährige und erfolgreiche Entwicklungen regionaler Palliativ- und Hospiznetzwerke bspw. in Nordrhein oder Bayern vor, die aufzeigen, wie eine abgestufte Palliativversorgung unter Einbeziehung der Hospizarbeit auf regionaler Ebene gelingen kann.

Die dort gewonnenen Erkenntnisse sollen im Interesse der Versicherten nun durch die Selbstverwaltungsorgane mittels gesetzlicher Vorgaben im SGB V in angemessener Zugänglichkeit in andere Bundesländer transferiert werden, um flächendeckend und bundesweit allen Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung zu stehen, die solche Versorgungen benötigen.

Deshalb schlägt die Deutsche PalliativStiftung vor, Folgendes in das SGB V aufzunehmen:

Vorschlag (1): Einführung von spezifischen Leistungen der Palliativpflege in die HKP

Vorschlag (2): Einführung des Begriffes der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) unter § 37c zur Vorgabe einer koordinierten, vernetzten Palliativversorgung, insbesondere auch abgrenzbar von der SAPV und überleitend zu dieser Leistung

Vorschlag (3): Etablierung regionaler Palliativ- und Hospiznetzwerke

Vorschlag (4): Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch barrierefreien Zugang zu palliativmedizinisch qualifizierten Konsiliardiensten

II. Einleitung

Am 12. November 2003 wurde die Empfehlung (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung durch das Ministerkomitee bei der 860sten Versammlung der Ständigen Vertreter der Außenminister verabschiedet.

Diese Empfehlung war unter anderem die Basis für die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im SGB V im Jahr 2007 in Deutschland. Damit wurde ein die Regelversorgung ergänzender Leistungsanspruch gesetzlich Krankenversicherter auf Leistungen der Palliativversorgung festgeschrieben mit dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbst-

bestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung und an anderen Orten zu ermöglichen. Versorgungsunsicherheiten, die zu unnötigen und die Versicherten stark belastenden Krankenhauseinweisungen führen, sollen vermieden werden. Symptome und Leiden sollen einzelfallgerecht, gemäß dem Willen des Versicherten und gemäß den Grundsätzen von Palliative Care⁴ gelindert oder behoben werden.

Nicht zuletzt durch die Erfahrungen mit der SAPV-Praxis in den letzten Jahren ist offensichtlich geworden, dass es notwendig ist, neben der SAPV auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) gesetzlich zu konkretisieren und die bestehenden Versorgungsstrukturen zu einem vernetzten Leistungsgeschehen auszugestalten.

Um die allgemeine ambulante Palliativversorgung im SGB V angemessen zu verorten, bedarf es aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung folgender Anpassungen im SGB V:

III. Vorschläge zur gesetzlichen Regelung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung

2.1 Einführung von spezifische Leistungen der Palliativpflege in die HKP

Vorschlag (1): Die Deutsche PalliativStiftung schlägt vor, den § 37 Häusliche Krankenpflege Absatz (1) Satz 3 um die Worte „**spezifische Leistungen der Palliativpflege**“ zu ergänzen, um die Leistungen der Palliativpflege als definierte Leistungen der Hauskrankenpflege auszuweisen.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) [...] ³Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege, **spezifische Leistungen der Palliativpflege** sowie hauswirtschaftliche Versorgung. [...]

Begründung zu dieser Änderung bei der ambulanten Palliativpflege

Leistungen der ambulanten Palliativpflege sollen in die häusliche Krankenpflege aufgenommen werden, damit der G-BA die Aufgabe erhält, die HKP-Richtlinie um die Spezifika der Palliativpflege zu erweitern. Hierfür könnten die bestehenden Regelungen in Nordrhein als Vorbild für die HKP-Richtlinie gelten. Insofern sollten diese aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung auch dem G-BA durch den Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung als richtungweisend vorgegeben werden. Zusätzlich sollte auch die Vorgabe kommen, dass Leistungserbringer der ambulanten Palliativpflege sich an der regionalen Koordinations- und Netzwerkarbeit beteiligen, was sich dann konsekutiv auch in der Vergütung der erbrachten Leistungen abzubilden hat.

2.2 Einführung der „Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“ (AAPV) als § 37c SGB V

Vorschlag (2): Die Deutsche PalliativStiftung schlägt vor, den Begriff „**Allgemeine ambulante Palliativversorgung**“ (kurz AAPV) zur Vorgabe einer koordinierten,

⁴ Unter Palliative Care wird der international anerkannte englische Oberbegriff für Palliativversorgung verstanden; dieser ist umfassender als es das deutsche Wort „Versorgung“ suggeriert.

vernetzten Palliativversorgung, insbesondere auch abgrenzbar von der SAPV und überleitend zu dieser Leistung, in das SGB V einzuführen.

Hierzu soll nach § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung der folgende **§ 37c Allgemeine ambulante Palliativversorgung** in das SGB V eingefügt werden.

Vorschlag (3): Die Deutsche PalliativStiftung schlägt vor, **regionale Palliativ- und Hospiznetzwerke** mit eigenständigen Koordinierungsstellen als Grundlage regionaler Hospiz- und Palliativversorgung gesetzlich zu verankern.

§ 37c Allgemeine ambulante Palliativversorgung

(1) ¹Versicherte mit einer nicht heilbaren Erkrankung haben im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung Anspruch auf eine bedarfsgerechte allgemeine ambulante Palliativversorgung einschließlich deren Koordination, sofern eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung noch nicht angezeigt ist. ²Diese Leistung ist in der Regel unter Einbeziehung eines geeigneten Pflegedienstes durch Verordnung von spezifischen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege an den unter § 37 Absatz (2) SGB V aufgezählten Orten zu erbringen. ³Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen oder Hospizen haben einen Anspruch auf hausärztliche Leistungen im Sinne von Satz 1, die palliativpflegerischen Leistungsvorgaben sind für stationäre Pflegeeinrichtungen gesondert festzulegen. ⁴Die besonderen Belange von Kindern sind zu berücksichtigen.

(2) ¹Für Leistungserbringer der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ist die Mitarbeit in regionalen Palliativnetzen als Teil der Koordination obligatorisch. ²Träger von Koordinierungsstellen als Basis der regionalen Palliativnetze können kommunale Gebietskörperschaften oder andere geeignete Einrichtungen sein. ³Struktur, Verortung und finanzielle Ausstattung der Koordinierungsstellen sind nicht Gegenstand dieses Gesetzes, sondern im jeweiligen Bundesland zu regeln. ⁴Die gewachsenen Strukturen sind zu berücksichtigen.

Begründung zu dieser Änderung

a) Einführung eines § 37c in das SGB V

Absatz (1) Leistungsanspruch auf allgemeine ambulante Palliativversorgung

Nachdem der EU-Ministerrat 2003 von einer Dreistufigkeit der palliativmedizinischen Leistungserbringung sprach (Palliativmedizinischer Ansatz; Allgemeine Palliativversorgung; Spezialisierte Palliativversorgung) und die letzten Jahre gezeigt haben, dass die allgemeine ambulante Palliativversorgung in Deutschland nicht in dem Maße zur Verfügung steht, wie dies 2007 unterstellt wurde, bedarf es zusätzlich zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V auch der gesetzlichen Regelung einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, wie dies hier durch Einführung eines § 37c SGB V vorgeschlagen wird. Damit würde die Selbstverwaltung den Ausgleich des bestehenden Defizits in der Versorgung flächendeckend und damit bundesweit regeln müssen.

Dabei ist sicherzustellen, dass die jeweiligen Versorgungsorte, an denen diese Leistung erbracht werden kann, explizit benannt sind. Dies wird durch den Bezug zu § 37 Absatz 2 sichergestellt, da dort bereits die Orte benannt sind, an denen häusliche Krankenpflege erfolgen kann.

Stationäre Pflegeeinrichtungen und stationäre Hospize erhalten zusätzlich zu den stationär erbrachten pflegerischen Leistungen ärztliche Teilleistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, um auch den dort lebenden Menschen palliativmedizinisch gerecht werden zu können. Alleine Krankenhäuser scheiden somit für die Leistungserbringung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung aus.

Weitere erforderliche Vorgaben sind ggf. für stationäre Pflegeeinrichtungen, stationäre Hospize und Krankenhäuser gesondert für die allgemeine Palliativversorgung an den jeweiligen Stellen auszuweisen. So wäre es wünschenswert, wenn in stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeiten palliativer Pflege gefördert werden würden.

Absatz (2) Regionale Palliativnetzwerke und Koordinationsstellen

Bis dato nicht geregelt ist die in der Palliativversorgung unverzichtbare systemseitige Netzwerkkoordination, während die Frage der patientenbezogenen Koordination bereits an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch aufscheint. Ohne systemseitige Koordination – auch im Sinne eines Case und Care Managements – verbleibt sowohl die allgemeine als auch spezialisierte ambulante Palliativversorgung bruchstückhaft im Gesamtsystem der sektorenübergreifenden Versorgung verortet. Hier bedarf es aus Sicht der Deutsche PalliativStiftung im Zusammenhang mit der gesetzlichen Regelung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung einer Festschreibung, die jedoch den Konsens von Bundesländern und kommunalen Gebietskörperschaften benötigen dürfte.

2.3 Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch barrierefreien Zugang zu palliativmedizinisch qualifizierten Konsiliardiensten

Vorschlag (4): Die Deutsche PalliativStiftung schlägt vor, den § 73 Kassenärztliche Versorgung Absatz (1) um einen fünften Spiegelstrich zu erweitern, um die hausärztliche Versorgung durch **barrierefreien Zugang zu palliativmedizinisch qualifizierten Konsiliardiensten** zu unterstützen und zu entlasten.

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

(1) [...]

5. die durch ambulante Konsiliardienste unterstützte Palliativversorgung unter den Versorgungsbedingungen in der Häuslichkeit einschließlich der Veranlassung erforderlicher Leistungen der Palliativpflege und Beteiligung an der Koordinierung der ambulanten Palliativversorgung inklusive Übergängen zur SAPV.

[...]

Begründung zu dieser Änderung

Es erscheint explizit notwendig, die hausärztliche Palliativversorgung selbst als Teil der kassenärztlichen Versorgung auszuweisen und durch Konsiliardienste unter den Bedingungen der Versorgung in der Häuslichkeit einschließlich der Veranlassung erforderlicher Leistungen der Palliativpflege und Beteiligung an der Koordinierung der ambulanten Palliativversorgung inklusive Übergang zur SAPV zu unterstützen und zu entlasten.

Diese Vorgabe unter § 73 SGB V als neue Ziffer 5. soll dazu führen, dass die zuständigen Stellen (GKV-SV und KBV) die bestehenden GOP im EBM auf Vollständigkeit des o.a. Leistungsinhaltes zu prüfen und ggf. nachzubessern haben. An dieser Stelle muss dann auch die

Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern der Palliativversorgung wie einem Palliative-Care-Team ausgewiesen werden. Zudem wären die zuständigen Stellen gezwungen, einen Konsiliardienst mit qualifizierten Hausärzten, welche die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin besitzen (qualifizierter Palliativarzt, QPA), analog zu den Rufbereitschaftsregelungen in Nordrhein in allen Bundesländern zu ermöglichen. Das wird vonseiten der Deutschen PalliativStiftung insofern als sachgerecht angesehen, als es qualifizierte Hausärzte gibt, die regelmäßig in der Heimversorgung engagiert sind und von daher vermehrt Praxiserfahrung mit Sterbenden haben, während andere Hausärzte im Jahr sehr wenige Sterbebegleitungen haben und deswegen weniger Erfahrung aufweisen.

Die berufsrechtliche Verpflichtung zur laufenden Fortbildung wird unter der Prämisse, dass palliativmedizinische Inhalte regelmäßig und intensiver als bisher fortgebildet werden, für Hausärzte, die nicht am Konsiliardienst teilnehmen, für ausreichend erachtet.

IV. Ergänzende Bemerkungen

Der Vorschlag der Deutschen PalliativStiftung, die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch den Gesetzgeber beraten und beschließen zu lassen, erfordert zuallererst eine nachvollziehbare Begründung durch allgemeine und spezifische Argumente für jedes einzelne Leistungselement, welches in die Versorgung auf Basis des SGB V eingeführt werden soll.

Dies ist notwendig, weil eine gesetzliche Festlegung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zunächst als nicht erforderlich angesehen werden könnte. Eine solche Haltung könnte darin begründet sein, dass der Deutsche Bundestag mit der Einführung der SAPV im Jahr 2007 zunächst richtig gehandelt hatte und den Empfehlungen des EU-Ministerratskomitees von 2003 ausreichend gefolgt war. Diese Empfehlungen haben bekanntlich die „**Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung**“⁵ zum Ziel.

Dabei ist bemerkenswert, dass der Ministerrat im Jahr 2003 grundsätzlich von einer Dreistufigkeit in der Versorgung von Palliativpatienten ausgegangen ist (siehe Punkt 53. der o.g. Empfehlung)⁶:

*Neben einem **palliativmedizinischen Ansatz**, dank dem alle im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte mit den grundlegenden palliativmedizinischen Prinzipien vertraut sein sollten und diese angemessen in die Praxis umsetzen können, ist als*

***allgemeine Palliativversorgung** anerkannt, dass einige im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte, obwohl sie nicht ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich arbeiten, Fortbildungen absolviert und Kenntnisse in diesem Bereich haben. Der Ausdruck „allgemeine Palliativversorgung“ wird zur Bezeichnung der Tätigkeit dieses Personals verwendet.*

*Die **spezialisierte Palliativversorgung** bezeichnet solche Dienste, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht. Diese Dienste betreuen in der Re-*

⁵ Council of Europe (12.11.2003): Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung. Verabschiedet durch das Ministerkomitee am 12. November 2003 bei der 860sten Versammlung der Ständigen Vertreter der Außenminister, S. 87.

⁶ Ebenda: Der genaue Wortlaut ist der Empfehlung selbst zu entnehmen. Eine genauere Differenzierung dieser Dreistufigkeit mit dem Unterschied von nicht-spezialisierten und spezialisierten Einrichtungen findet sich ab Ziffer 71 ff.

gel ein Patientengut mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen und benötigen daher ein höheres Maß an Ausbildung, Personal und anderen Ressourcen.

Der Bundesgesetzgeber hat dies dem Grundsatz nach aufgenommen und 2007 die Organisation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch Palliative-Care-Teams (PCT) in der Gesetzesbegründung mehrfach betont. Dies ist allerdings noch nicht in allen Bundesländern so umgesetzt worden.

2007 *nicht* ins Gesetz aufgenommen wurde jedoch die Strukturierung der allgemeinen palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, weil hier davon ausgegangen wurde, dass diese durch die Regelversorgung und im Rahmen der dort bereits geregelten Fortbildungsverpflichtung voll umfänglich realisiert sei und es deswegen keiner weiteren gesetzlichen Regelung bedürfe.

Dies hat der Bundesgesetzgeber 2007 in seiner Gesetzesbegründung zur SAPV klar formuliert: Versicherte, die den besonderen Bedarf an SAPV nicht aufweisen, werden weiter im Rahmen der derzeitigen Strukturen versorgt⁷. Sollten Lücken zwischen der SAPV und den bestehenden Strukturen identifiziert werden, muss zunächst analysiert werden, ob dies an Mängeln der bestehenden Strukturen oder der im jeweiligen Bundesland betriebenen Umsetzung der SAPV in Relation zur Regelversorgung liegt, um dann Abhilfe innerhalb der bestehenden Regelungen zu schaffen. Auf alle Fälle vom Gesetzgeber klargestellt wurde, dass die SAPV stets dann verfügbar sein muss, wenn die bestehenden Strukturen ihre Grenzen erreichen.

Die gegenwärtige Vielfalt in der Praxis der allgemeinen wie spezialisierten Palliativversorgung zeigt auf, dass nach Einführung der SAPV im Jahr 2007 auch weiterhin keine zielgerichtete, bundesweite Ausgestaltung der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und keine reibungsarme Organisation der Übergänge der Regelversorgung zur SAPV durch die auf Bundesebene verantwortlichen Zuständigen auf Seiten von Kostenträgern wie Leistungserbringern erfolgt sind, obwohl dies erklärtes Ziel der Einführung der SAPV war⁸.

Um diesen offensichtlichen Missstand zu beseitigen und um die ambulante Palliativversorgung im Interesse der Versicherten weiterzuentwickeln, empfiehlt die Deutsche PalliativStiftung die Vornahme einiger gesetzlicher Anpassungen als Teil des anvisierten Hospiz- und Palliativgesetzes. Damit würde die Versorgung Schwerkranker und Sterbender verbessert und der Selbstverwaltung die Möglichkeit gegeben, die bestehende Versorgung zu verbessern.

Definitionsschwierigkeiten für ergänzende gesetzliche Regelungen zur Allgemeinen ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die o. a. Empfehlungen des EU-Ministerratskomitees von 2003 haben bezüglich der AAPV unter Ziffer 53. in unmissverständlicher Klarheit dargelegt, dass unter der Vorstellung einer verfügbaren Allgemeinen Palliativversorgung

⁷ Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKVWettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Referentenentwurf. Berlin, S. 276, S. 370 f.

⁸ ebenda, S. 238

„einige im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte, obwohl sie nicht ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich arbeiten, Fortbildungen absolviert und Kenntnisse in diesem Bereich haben“.

Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass dies der in Deutschland bestehenden berufsrechtlichen Verpflichtung, sich berufsbegleitend fortzubilden, entsprechen würde. Genau genommen wird aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung jedoch mit der bestehenden allgemeinen Fortbildungsverpflichtung nur der grundsätzlichen Forderung in Ziffer 53., alle im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte – somit auch die Ärzte – sollten mit grundlegenden palliativmedizinischen Prinzipien vertraut sein und diese in der Praxis umsetzen können, bereits Genüge getan. Inwieweit eine darüber hinaus gehende und besondere zu fordernde Qualifikation für die allgemeine Palliativversorgung durch Hausärzte gefordert werden darf, ist aus den Empfehlungen alleine nicht zwingend abzuleiten, jedoch innerhalb der Fachkreise in intensiver und kontroverser Diskussion⁹.

U.a. aus der Wahrnehmung dieses bereits beschriebenen Defizits heraus haben die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) mit den aus ihrer Sicht nachvollziehbaren guten Gründen eine Eigendefinition der AAPV, wie sie im Arbeitspapier mit Stand 23.04.2013¹⁰ ausformuliert ist, vorgenommen. Diese wird als wegbereitend für den hier gemachten Vorschlag für gesetzliche Regelungen der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung angesehen. Allerdings ging die Vision dieses verbandlichen Arbeitspapiers von der Entwicklung in Nordrhein aus, die u.a. sowohl durch erhebliches ehrenamtliches Engagement und den Zeitverlauf von Jahren geprägt war als auch eine erhebliche Unterstützung durch die Landesregierung und Krankenkasse erfuhr, was durch ein Bundesgesetz nicht ohne Weiteres auf die anderen Bundesländer übertragbar erscheint.

⁹ So werden bspw. vonseiten der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin Anstrengungen unternommen, palliativmedizinische Inhalte systematisch zu lehren.

¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hg.) (2013): Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) - Stand 23.04.2013. Berlin. Online verfügbar unter http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20130422_Arbeitspapier_DGP_DHPV.pdf.

V. Anlagen

Anlage 1¹¹: Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung

Ausschnitt aus dem Kapitel Definitionen und leitende Prinzipien, Unterkapitel Prinzipien der Palliativmedizin

53. Palliativmedizin ist die angemessene medizinische Versorgung von Patienten mit einer aktiven, progressiven und fortgeschrittenen Erkrankung und mit einer begrenzten Lebenserwartung; der Schwerpunkt der Versorgung liegt dabei auf der Lebensqualität. Palliativmedizin beinhaltet die Einbeziehung der Bedürfnisse der Angehörigen vor und nach dem Tod des Patienten.

Der palliativmedizinische Ansatz. Alle im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte sollten mit den grundlegenden palliativmedizinischen Prinzipien vertraut sein und diese angemessen in die Praxis umsetzen können.

Allgemeine Palliativversorgung. Es ist anerkannt, dass einige im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte, obwohl sie nicht ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich arbeiten, Fortbildungen absolviert und Kenntnisse in diesem Bereich haben. Der Ausdruck „allgemeine Palliativversorgung“ wird zur Bezeichnung der Tätigkeit dieses Personals verwendet.

Spezialisierte Palliativversorgung. Spezialisierte Palliativversorgung bezeichnet solche Dienste, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht. Diese Dienste betreuen in der Regel ein Patientengut mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen und benötigen daher ein höheres Maß an Ausbildung, Personal und anderen Ressourcen.

Ausschnitt aus dem Kapitel Versorgungsformen und Einrichtungen, Unterkapitel Einrichtungen

71. Nützlicherweise unterscheidet man zwischen nicht-spezialisierten und spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen. Nicht-spezialisierte oder konventionelle Dienste bieten die palliative Versorgung nicht als Hauptleistung. Dazu zählen die Bezirkspflegedienste, Hausärzte, ambulante Pflegedienste, Allgemeinstationen in Krankenhäusern und Pflegeheime.
72. Der Großteil der Palliativversorgung wird wohl auch in Zukunft von nicht-spezialisierten Diensten geleistet werden. In vielen Fällen bieten nicht-spezialisierte Fachkräfte diese Versorgung ohne Beteiligung von Spezialisten; in vielen anderen Fällen ist im Rahmen einer nicht-spezialisierten Betreuung die Intervention von spezialisierten Fachkräften erforderlich, und in einer kleinen Anzahl von Fällen muss die Betreuung gänzlich von Spezialisten übernommen werden.
73. Nicht-spezialisierte Betreuung schließt auch Behandlungen mit ein, die nur ab und an beigezogen werden, z.B. in radiologischen und Strahlentherapieabteilungen und der

¹¹ {Council of Europe 12.11.2003 #589}

Chirurgie. Bei solchen Dienstleistungen gibt es manchmal Wartelisten, die sich bei Palliativpatienten besonders nachteilig auswirken können, und zwar aufgrund ihrer kurzen verbleibenden Lebenszeit, in der sie noch Nutzen aus diesen Behandlungen ziehen können. Daher wurde das Konzept einer „palliativen Busspur“ vorgeschlagen, die Palliativpatienten bevorzugten Zugang ermöglicht.

74. Auf Intensivstationen hat das Konzept der Palliativmedizin in den letzten Jahren besondere Aufmerksamkeit erhalten.
75. Nicht-spezialisierte Kräfte können sich zwar ausreichende Erfahrungen für relativ unkomplizierte Fälle palliativmedizinischer Versorgung aneignen, aufgrund der beschränkten Anzahl der von ihnen behandelten Palliativpatienten (in den Niederlanden, zum Beispiel, haben Hausärzte im Durchschnitt 2-6 Palliativpatienten im Jahr) ist es ihnen jedoch nicht möglich, Erfahrungen mit einer komplexeren palliativmedizinischen Versorgung zu machen. Experimente mit leicht erreichbaren Beratungsstellen haben gute Unterstützungsmöglichkeiten für nicht-spezialisierte Fachkräfte aufgezeigt, sodass der Patient weiterhin in ihrer Behandlung bleibt.
76. Spezialisierte Angebote bezeichnen Dienste, die ausschließlich auf palliativmedizinische Versorgung ausgerichtet sind, und deren Teams speziell in diesem Gebiet ausgebildet sind. Solche Dienste ersetzen nicht die Betreuung der an vorderster Front stehenden Fachkräfte (ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen), sie können jedoch je nach den bestehenden Bedürfnissen und der Komplexität der Umstände deren Versorgungsleistungen unterstützen und ergänzen. Der Patient muss überall die Möglichkeit haben, diese Dienstleistungen bei Bedarf zu jeder Zeit und ohne Verzögerung in Anspruch nehmen zu können.
77. Die am weitesten verbreiteten Dienste sind spezialisierte stationäre Einrichtungen (Palliativstationen, stationäre Hospize), Palliativteams in Krankenhäusern, ambulante Palliativdienste, Tageshospize, das „Krankenhausbett zu Hause“ und Klinikambulanzen.
78. Es gibt sehr wenig gesicherte Informationen darüber, welche Art palliativmedizinischer Dienste von Patienten bevorzugt wird. In einem Bericht stellten Wilkinson et al. einen Trend zur größeren Zufriedenheit mit den spezialisierten Leistungen im stationären und ambulanten Sektor fest (Wilkinson et al. 1999) als mit der Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern. Diese Resultate sollten jedoch wiederum vorsichtig interpretiert werden.
79. Nicht-spezialisierte Dienste sind u.a. folgende:
 - informelle Helfer;
 - Ehrenamtliche;
 - Bezirkskrankenschwestern und -pfleger;
 - Hausärzte;
 - ambulante Pflegedienste.
80. Unter spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen verstehen wir Dienste, bei denen die Palliativversorgung die Haupttätigkeit bildet. Es wird dabei vom ausgebildeten Personal ein höheres Niveau an Fachkenntnis und ein hoher Personal:Patienten-Schlüssel verlangt. Diese Art von Leistungen sollten in allen Pflegeeinrichtungen zur

Verfügung stehen und den Patienten unabhängig davon, wo sie sich befinden, unterstützen: Zuhause, im Krankenhaus, im Altenheim, im Pflegeheim, in Tageshospizen/ einrichtungen, in Klinikambulanzen und auf Palliativstationen. Spezialisierte palliativmedizinische Dienste spielen außerdem eine wichtige Rolle für andere Fachkräfte im Gesundheitswesen, indem sie sie bei der Palliativversorgung im stationären und ambulanten Sektor unterstützen. Alle Ärzte, Pflegenden und andere involvierte Fachkräfte sollten bei Bedarf Zugang zu Rat und Unterstützung von palliativmedizinisch ausgebildeten Fachkräften haben.

81. Die Hauptcharakteristika spezialisierter palliativmedizinischer Einrichtungen wurden vom britischen National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services beschrieben und vom National Advisory Committee on Palliative Care in Irland befürwortet. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:
- Bereitstellung von physischer, psychologischer, sozialer und spiritueller Unterstützung mithilfe von zusammengeführten Kenntnissen, die anhand multiprofessioneller, vernetzter Teamarbeit umgesetzt werden.
 - Zumindest die Führungsperson jeder Gruppe von Fachkräften innerhalb des multiprofessionellen Teams sollte ein ausgebildeter und anerkannter Palliativspezialist sein;
 - Patienten und deren Angehörige werden unterstützt und in die Versorgungsplanung mit einbezogen;
 - Patienten werden ermutigt, ihre Präferenzen in Bezug darauf zu äußern, wo sie versorgt und wo sie sterben möchten ;
 - Pflegenden und Angehörige werden während der Zeit der Erkrankung bis in die Zeit der Trauer unterstützt, wobei die Bedürfnisse der Trauernden erkannt und berücksichtigt werden;
 - Es findet Kooperation und Zusammenarbeit mit den Fachkräften der Primärversorgung sowie den stationären und ambulanten Diensten statt, sodass Patienten Unterstützung erhalten, wo auch immer sie sich befinden;
 - Der Beitrag von Ehrenamtlichen wird anerkannt und wertgeschätzt;
 - Die Einrichtung spielt entweder indirekt oder direkt eine anerkannte Rolle im Rahmen externer Weiterbildung sowie interner berufs begleitender Fortbildungen;
 - Für die angebotene Aus-, Fort- und Weiterbildung werden Standards festgesetzt;
 - Es gibt etablierte Programme zur Qualitätssicherung, die ständig zur Überwachung der Praxis angewendet werden;
 - Es gibt klinische Audits und Untersuchungen zur Evaluierung von Behandlungen und Ergebnissen;
 - Es gibt Unterstützungsangebote für das Personal, die den Bedürfnissen des spezialisierten Personals angemessen sind, das in Voll- oder Teilzeit im palliativmedizinischen Bereich beschäftigt ist.

Anlage 2

vom 01.02.2015

Die **regionale Vernetzung**

i.V.m.

Hospiz- und Palliativkonferenzen (H&P-Konferenzen)

bedarf der Einführung von

Palliativbeauftragten für die Parlamente der Bundesländer wie auch für den Bundestag

Anlage 2 vom 01.02.2015

Die **regionale Vernetzung**

i.V.m.

Hospiz- und Palliativkonferenzen (H&P-Konferenzen)

bedarf der Einführung von

Palliativbeauftragten für die Parlamente der Bundesländer wie auch für den Bundestag

1. Vorbemerkung:

Eine Weiterentwicklung des status quo im Sinne einer Stärkung der hospizlichen und palliativen Strukturen in der Versorgung ist angesichts der demografischen Entwicklung unstrittig angezeigt. Darüber hinaus trägt eine derartige Weiterentwicklung entscheidend dazu bei, die Verunsicherung in der Bevölkerung bezüglich eines Ablebens unter Wahrung der Menschenwürde abzubauen. Dabei ist es sowohl erforderlich, Bedarfslagen der zu Versorgenden präzise zu ermitteln als auch Versorgungsdefiziten nachzugehen, um sie abzubauen. Hierzu erscheint das bottom-up-Prinzip mit der regionalen Vernetzung als Basis für eine Zielerreichung als aussichtsreich.

2. regionale Vernetzung und Hospiz- und Palliativ-Konferenzen:

Die regelmäßige Durchführung von regionalen H&P-Konferenzen dient dem besseren Kennenlernen und der Entwicklung von Vertrauen unter den an der Versorgung Beteiligten. Dies ist als eine Keimzelle für eine gedeihliche Entwicklung der regionalen Vernetzung unverzichtbar. Regional lösbare Schnittstellenprobleme können aktiv angegangen und Bedarfslagen können durch regionale H&P-Konferenzen bürokratiearm transparent gemacht werden. Zur praktischen Umsetzung legen die jeweiligen Landesregierungen im Benehmen mit dem jeweiligen Landkreis- und Städtetag Versorgungsregionen und einladende Gesundheitsämter fest. Die H&P-Konferenzen tagen grundsätzlich 1 x im Quartal. Hierbei ist den an der Versorgung der Zielpopulation Beteiligten Gelegenheit zu geben, sich über Versorgungsprobleme, insbesondere an Schnittstellen auszutauschen.

Die Planung der Durchführung der H&P-Konferenzen soll über den jeweiligen Landkreis und Städtetag so koordiniert werden, dass der/dem Landespalliativbeauftragten (siehe 3.) eine Teilnahme grundsätzlich ermöglicht wird.

Finanzierungssystematik:

Die Organisations- und Durchführungskosten tragen zur einen Hälfte die kommunalen Strukturen zur anderen Hälfte die Gesetzliche Kranken- sowie Pflegeversicherung zuzüglich der Pendants der Privaten Versicherungswirtschaft.

Die Finanzierung der Teilnahme an H&P-Konferenzen erfolgt durch die entsendenden Organisationen, z.B. stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, Krankenhaus, ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize, Pflegestützpunkte, Altenhilfe, Kranken- und Pflegekassen auf dieser Ebene ggf. vertreten durch MDK (?), Kassenärztliche Vereinigung stellt die TN eines Hausarztes sicher, usw.

Die o.a. finanzielle Beteiligung der Kostenträger ist im SGB V zu regeln. Die Aufwendungen werden nicht den Verwaltungskosten zugeordnet. Den Ländern sollte angesichts der teilweise gravierend unterschiedlicher Finanzstärke der kommunalen Strukturen anheim gestellt werden, diese bei der Erfüllung ihrer Aufgaben mit Landesmitteln zu fördern.

3. Die/ der Palliativbeauftragte des Landtages:

Sie/Er berichtet dem Landtag jährlich. Der Jahresbericht wird gemeinsam mit den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen bzw. deren privaten Pendants erörtert.

Der/die Landespalliativbeauftragte hat das Recht, an der Erbringung von H&P-Leistungen nach vorheriger Anmeldung teilzunehmen, um sich ein Bild von den Realitäten der Versorgung zu machen. Dabei geht es primär nicht allein um ein Tätigwerden bei Hinweisen auf Unzulänglichkeiten in der Versorgung.

Der/die Landespalliativbeauftragte beruft die Ausrichter der H&P-Konferenzen (Gesundheitsämter) zu einer jährlichen Arbeitstagung ein. Vorrangiger Beratungsgegenstand ist dabei der Jahresbericht und die daraus abzuleitenden Handlungsbedarfe.

Der/die Landespalliativbeauftragte schließt in sein Aufgabengebiet auch die Bedarfe von Mitbürgern ein, die aus anderen Kulturkreisen zu uns gekommen sind.

4. Die/ der Palliativbeauftragte des Bundestages:

Der Bundespalliativbeauftragte wertet die Berichte aus den Ländern aus. Er pflegt den Kontakt zu den Bundesorganisationen, die ihr Aufgabengebiet in der Hospiz- und Palliativversorgung haben. Er berichtet jährlich dem Bundestag und gibt Anregungen, sofern bundesgesetzgeberischer Anpassungsbedarf zu diskutieren ist.

Anlage 3

Stellungnahme der Deutschen PalliativStiftung vom 08. April 2015 zum

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

Zur besseren Verständlichkeit wurde diese Stellungnahme in der Ursprungsversion belassen und nicht gekürzt

Anlage 3

Stellungnahme der Deutschen PalliativStiftung vom 08. April 2015 zum

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

Zusammenfassung

Die Deutsche PalliativStiftung begrüßt den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 18. März 2015 ausdrücklich.

In Ergänzung hierzu erlauben wir uns, auf die am 12. November 2003 getroffene Empfehlung 24 des EU-Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung hinzuweisen. Diese Empfehlung mit ihren konsentierten Begriffsdefinitionen war unter anderem die Basis für die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im SGB V im Jahr 2007 in Deutschland. Damit wurde ein die Regelversorgung ergänzender Leistungsanspruch gesetzlich Krankenversicherter auf Leistungen der spezialisierten Palliativversorgung festgeschrieben mit dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung und an anderen Orten zu ermöglichen. Versorgungsunsicherheiten, die zu unnötigen und die Versicherten stark belastenden Krankenhauseinweisungen führen, sollten vermieden werden. Symptome und Leiden sollten einzelfallgerecht, gemäß dem Willen des Versicherten und gemäß den Grundsätzen von Palliative Care gelindert oder behoben werden. Dies gelingt inzwischen dort sehr gut, wo reale Palliative Care Teams (PCT) im Sinne der Gesetzesbegründung zur Einführung der SAPV in das SGBV etabliert sind. Das dort erreichte Versorgungsniveau sollte nicht dadurch abgesenkt werden, dass eine quasi „teamlose SAPV“ legalisiert wird. Vorhersehbar ist, dass dadurch aus ökonomischen und nicht aus qualitativen Gründen eine neue Benchmark gesetzt würde, die den wirtschaftlichen Betrieb eines PCT verunmöglichen würde.

Empfehlung, die Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) explizit im Gesetz zu verankern

Nicht zuletzt durch die Erfahrungen mit der SAPV-Praxis in den letzten Jahren ist offensichtlich geworden, dass es notwendig ist, neben der SAPV auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) gesetzlich zu konkretisieren und die bestehenden Versorgungsstrukturen zu einem vernetzten Leistungsgeschehen auszugestalten - wie dies nun in ersten Ansätzen im vorliegenden Referentenentwurf bereits erkennbar ist; dies jedoch ohne dabei den Aufbau der SAPV zu behindern oder deren Leistungsinhalte zu verwässern. Jedoch reichen die angedachten Änderungen aus Sicht der Deutschen Palliativstiftung noch nicht ganz aus.

Um im Rahmen eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland die allgemeine ambulante Palliativversorgung im SGB V angemessen zu veror-

ten, bedarf es aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung weitergehender Anpassungen im SGB V als dies bisher vorgesehen ist.

Die Deutsche Palliativstiftung schlägt deshalb konkret vor,

3. den Begriff „Allgemeine ambulante Palliativversorgung“ (AAPV) zur Vorgabe einer koordinierten, vernetzten Palliativversorgung, insbesondere auch abgrenzbar von der SAPV und überleitend zu dieser Leistung, in das SGB V einzuführen. Hierzu soll nach § 37b (SAPV) der folgende § 37c Allgemeine ambulante Palliativversorgung eingefügt werden.
4. einen palliativmedizinischen Konsiliardienst, wie er sich in NRW als essentiell erforderliche Leistungsstruktur erwiesen hat, zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in allen KVen für allerdings alle hausärztlich tätigen Vertragsärzte in die Regelversorgung einzuführen.
5. regionale Palliativ- und Hospiznetzwerke mit eigenständigen Koordinierungsstellen als Grundlage regionaler Hospiz- und Palliativversorgung gesetzlich zu verankern.

Die Deutsche Palliativstiftung begrüßt ausdrücklich, dass nun präzisierte Regelungen für die Selbstverwaltung inklusive definierter Leistungsvorgaben ins Gesetz aufgenommen werden sollen. Dies allein dürfte jedoch noch nicht ganz die gewollten Veränderungsprozesse in der vertragsärztlichen Versorgung erreichen. Hierzu scheint eine Konkretisierung der besonderen Aufgabenstellungen der hausärztlichen Versorgung in § 73 (1) SGB V erforderlich zu sein. Dies könnte mit einer zusätzlichen Ziffer 5 gelingen, Ein Vorschlag hierfür ist unter 4a auf S. 21 ausformuliert. Damit kann diesem Versorgungsbereich zusätzlich noch ein besonderes Gewicht hinsichtlich der Auswahl von Themen für die ärztliche Fortbildung gegeben werden, um das hausärztliche Qualifikationsniveau auf den erforderlichen Stand zu bringen.

Empfehlung, auch Aufwendungen für das systemische Funktionieren der regionalen Koordination zu honorieren

Die regionale Koordinierungsstelle, die patientenunabhängig als Systemleistung Voraussetzung ist, um im Einzelfall zeitnah, dem Bedarf angemessen und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend zu versorgen, kann nur dann handeln, wenn in bedarfsgerechten Zeitabständen ein strukturierter und gezielter Austausch zwischen den Leistungserbringern erfolgt.

Deshalb empfiehlt die Deutsche PalliativStiftung, die Aufwendungen von Leistungserbringern für deren patienten- bzw. -fallunabhängiges Tätigwerden im Zusammenhang mit der Schnittstellenpflege zwischen den Versorgungsbereichen der jeweiligen Leistungserbringern (z.B. in regionalen Palliativnetzen) für die Kalkulation der Allgemeinkosten anrechnungsfähig zu machen.

Empfehlung, spezifische Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativpflege in die Häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V (HKP) aufzunehmen

Die Deutsche PalliativStiftung begrüßt die Vorstellung des Bundesministeriums für Gesundheit, die Palliativpflege im Rahmen der HKP durch den gemeinsamen Bundesausschuss regeln zu wollen und damit die Palliativpflege im ambulanten Kontext deutlich zu stärken. Damit würden analog zu vielen anderen Änderungsvorschlägen spezifische Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativpflege im häuslichen Kontext klar benannt und erforderliche

Qualifikationen bestimmt werden. Mit der Einführung der allgemeinen ambulanten Palliativpflege als explizitem Leistungsbestandteil der HKP würde die hausärztliche Versorgung in ganz Deutschland um die in Nordrhein bereits bewährten Leistungsvereinbarungen bereichert werden können. Die Deutsche PalliativStiftung schlägt deswegen vor, den § 37 Häusliche Krankenpflege Absatz (1) Satz 3 um die Worte „**spezifische Leistungen der Palliativpflege**“ zu ergänzen, um die Leistungen der Palliativpflege als definierte Leistungen der Hauskrankenpflege auszuweisen.

Empfehlung eines gesonderten Kapitels im HPG, das den besonderen hospizlichen und palliativen Betreuungsumfang von jungen Menschen beschreibt

Der ambulante und stationäre hospizliche- und palliative Pflege- und Betreuungsumfang von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterscheidet sich erheblich von dem von Erwachsenen. Deshalb ist es aus unserer Sicht notwendig, ihnen ein gesondertes Kapitel im Hospiz und Palliativgesetz einzuräumen.

Begründung: Einrichtungen der Kinderhospizarbeit, aber auch pädiatrische Palliativ-einrichtungen arbeiten heute bereits unter ganzheitlicher Betrachtungsweise. Die Begleitung der erkrankten jungen Menschen erfolgt unter systemischer Sichtweise, dazu gehört nicht nur die Begleitung der Sterbenden sondern auch die Begleitung der nahen Angehörigen, insbesondere bei minderjährigen Kindern, der Eltern und Geschwister.

Dadurch wird gewährleistet, dass die systemische Sichtweise in der Begleitung junger Menschen nicht allein den Vertragsparteien auf Rahmenvertragsebene überlassen wird.

Bisher gab es auf Seiten der Kostenträger – mit Verweis auf die fehlende Ermächtigung im Gesetz – immer wieder Vorbehalte in Bezug auf die Finanzierung von Leistungen auch für die Begleitung von Eltern und Geschwistern. Der bisherige Entwurf des HPG lässt erwarten, dass dieser Dissens weiter fortgeschrieben wird, falls keine gesetzliche Konkretisierung erfolgt.

Empfehlung zur effizienten Medikamentenversorgung

Die Problematik der angemessenen, zeitnahen und effizienten Versorgung mit Medikamenten ist sowohl in Einrichtungen der stationären Pflege wie auch in der Häuslichkeit noch nicht ausreichend geregelt. Hierauf ist gesondert einzugehen.

Die Vorschläge der Deutschen PalliativStiftung im Detail

Im Folgenden wurde zur Verbesserung der Übersichtlichkeit in der linken Spalte die Originaltexte des Referentenentwurfs und in der rechten Spalte die Anmerkungen und Vorschläge der Deutsche PalliativStiftung nebeneinander gestellt. Dabei sind in **rot** die textlichen Änderungen hervorgehoben.

A. Problem und Ziel

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
<p>Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung. Dies erfordert eine gezielte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Zwar sind in den letzten Jahren beim Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung bereits Fortschritte erzielt worden. Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen fehlt es jedoch noch an ausreichenden Angeboten. Ziel des Gesetzes ist deshalb, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.</p>	<p>Schwerststkranke und sterbende Menschen benötigen insbesondere, aber nicht nur in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung. Die notwendige Zeitspanne mit erhöhtem Versorgungsbedarf beträgt oft nur Wochen bis Monate. Insbesondere bei Kindern und Patienten mit z.B. neurologischen Erkrankungen und Beatmung kann diese aber auch viele Jahre umfassen. Deshalb ist Dies-erfordert eine gezielte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland erforderlich. Zwar sind in den letzten Jahren beim Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung bereits Fortschritte erzielt worden. Insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen fehlt es jedoch noch an ausreichenden Angeboten. In allen Regionen werden reale SAPV-Teams und hospizlich-palliative Netzwerke benötigt, welche von Seiten der Leistungserbringer her die allgemeine Versorgung, abgestimmt mit der spezialisierten Versorgung verbessern. Ziel des Gesetzes ist deshalb, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben bedarfsgerecht gut versorgt und begleitet sind, sei es im ursprünglichen Zuhause, im Pflegeheim oder Krankenhaus.</p>

<p>In der Regelversorgung sind die Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung und die Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern noch zu wenig ausgeprägt. Da der Hilfebedarf schwerkranker und sterbender Menschen von Fall zu Fall unterschiedlich ist und sich auch im Verlauf der letzten Lebensphase verändern kann, ist eine vernetzte Versorgung wichtig, die ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote gewährleistet. Neue und bereits bestehende Angebote sollen deshalb stärker ineinandergreifen, damit schwerkranke und sterbende Menschen entsprechend ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen versorgt und betreut werden.</p>	<p>In der Regelversorgung sind die Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung und die Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern noch zu wenig ausgeprägt. Da der Hilfebedarf schwerstkranker und sterbender Menschen von Fall zu Fall unterschiedlich ist und sich auch im Verlauf der letzten Lebensphase verändern kann, ist eine vernetzte Versorgung mit guter Kommunikation wichtig, die ein reibungsloses Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote gewährleistet. Neue und bereits bestehende Angebote sollen deshalb stärker ineinandergreifen, damit schwerstkranke und sterbende Menschen entsprechend ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen versorgt und betreut werden.</p>
<p>In stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, in denen viele Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, gilt es, die Hospizkultur und Palliativversorgung insgesamt weiterzuentwickeln.</p>	<p>Auch in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, in denen viele Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, gilt es, die Hospizkultur und Palliativversorgung insgesamt weiterzuentwickeln.</p>
<p>Das Gesetz sieht – in Umsetzung der dazu vorgelegten Eckpunkte zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung – Maßnahmen sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der sozialen Pflegeversicherung vor. Die Maßnahmen zielen darauf ab</p>	<p>Das Gesetz sieht – in Umsetzung der dazu vorgelegten Eckpunkte zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung – Maßnahmen sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der sozialen Pflegeversicherung vor. Die Maßnahmen zielen darauf ab</p>
<ul style="list-style-type: none"> • in strukturschwachen und ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen, 	<ul style="list-style-type: none"> • gerade auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen,
<ul style="list-style-type: none"> • die Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung in der Regelversorgung sicherzustellen, 	<ul style="list-style-type: none"> • die verbindliche Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung in der Regelversorgung sowohl im allgemeinen regionalen Zusammenwirken der Leistungserbringer als auch patientenbezogen sicherzustellen,
<ul style="list-style-type: none"> • die allgemeine ambulante Palliativversorgung weiter zu stär- 	<ul style="list-style-type: none"> • die allgemeine ambulante Palliativversorgung gesetzlich zu

ken,	verankern und damit weiter zu stärken,
	<ul style="list-style-type: none"> den zeitgerechten Übergang von der AAPV zur SAPV durch die Etablierung weiterer realer SAPV-Teams zu fördern sowie die betriebswirtschaftliche Sicherung der Existenz realer SAPV-Teams durch die Einführung von Schiedsverfahren zu ermöglichen
<ul style="list-style-type: none"> die Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize zu verbessern, 	<ul style="list-style-type: none"> die Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize zu verbessern,
<ul style="list-style-type: none"> die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken und Kooperationen mit regionalen Versorgern zu fördern 	<ul style="list-style-type: none"> die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken und Kooperationen mit regionalen Versorgern zu fördern
	<ul style="list-style-type: none"> Allgemeine palliativpflegerische Leistungen in den Leistungsumfang für ambulante Pflegedienste einzuführen
Sowie	Sowie
<ul style="list-style-type: none"> die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren. 	<ul style="list-style-type: none"> die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren.
	Dabei soll jeweils den besonderen Anforderungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Rechnung getragen werden.

B. Lösung

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
<p>Mit dem Gesetz wird die flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland durch gezielte Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung gestärkt. Es werden Anreize zum weiteren Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung gesetzt und die Kooperation und Vernetzung in den relevanten Versorgungsbereichen gefördert. Die Versicherten werden besser über Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung informiert, damit die letzte Lebensphase selbstbestimmt und bestmöglich begleitet verbracht werden kann.</p>	<p>Mit dem Gesetz wird die flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland durch gezielte Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung gestärkt. Es werden Anreize zum weiteren Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung gesetzt und die Kooperation und Vernetzung in den relevanten Versorgungsbereichen gefördert. Die Versicherten werden besser über Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung informiert, damit die letzte Lebensphase bevorzugt am jeweiligen Lebensmittelpunkt, selbstbestimmt und bestmöglich begleitet verbracht werden kann.</p>
<p>Schwerpunkte des Gesetzes sind:</p>	<p>Schwerpunkte des Gesetzes sind:</p>
<ul style="list-style-type: none"> Die allgemeine ambulante Palliativversorgung sowie die Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden gestärkt, indem im vertragsärztlichen Bereich zusätzlich vergütete Leistungen zur Steigerung der Qualität der Versorgung und zur Förderung von Kooperationen mit den an der Versorgung Beteiligten und der aktiven Koordination der Leistungsangebote eingeführt werden. Dabei wird auf den bereits bestehenden Abrechnungsmöglichkeiten der palliativ-medizinischen Betreuung im hausärztlichen Versorgungsbereich aufgebaut. 	<ul style="list-style-type: none"> Die allgemeine ambulante Palliativversorgung sowie die Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden gleichermaßen im Bereich der häuslichen Krankenpflege wie im vertragsärztlichen Bereich gestärkt, indem diese gesetzlich geregelt wird, im vertragsärztlichen Bereich zusätzlich vergütete Leistungen zur Steigerung der Qualität der Versorgung und zur Förderung von Kooperationen mit den an der Versorgung Beteiligten und der aktiven Koordination der Leistungsangebote eingeführt werden. Dabei wird auf den bereits bestehenden Abrechnungsmöglichkeiten der palliativ-medizinischen Betreuung im hausärztlichen Versorgungsbereich aufgebaut.
<ul style="list-style-type: none"> Die Bedeutung der häuslichen Krankenpflege für die allgemeine ambulante Palliativversorgung wird herausgestellt, in- 	<ul style="list-style-type: none"> Die Bedeutung der häuslichen Krankenpflege für die allgemeine ambulante Palliativversorgung wird herausgestellt, in-

<p>dem der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhält, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die behandlungspflegerischen Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege näher zu konkretisieren.</p>	<p>dem spezifische Leistungen der allgemeinen Palliativpflege als Leistungen der häuslichen Krankenpflege benannt werden und der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhält, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die behandlungspflegerischen Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege näher zu konkretisieren.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Da die häusliche Palliativpflege als spezifische Leistung der häuslichen Krankenpflege bislang nirgends beschrieben oder verankert ist, soll diese analog der psychiatrischen Fachkrankenpflege (§ 4 der HKP-Richtlinie gem. § 92 Abs. 1 Nr.6) in der HKP-Richtlinie und auch in ihrem Verzeichnis verordnungsfähiger Leistungen geregelt werden.
<ul style="list-style-type: none"> • Um insbesondere in ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu fördern, wird ein Schiedsverfahren für entsprechende Versorgungsverträge eingeführt. Zudem wird klargestellt, dass allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch in selektivvertraglichen Versorgungsformen und gemeinsam vereinbart werden können. 	<ul style="list-style-type: none"> • Um insbesondere in ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu fördern, wird ein Schiedsverfahren für entsprechende Versorgungsverträge eingeführt. Zudem wird klargestellt, dass allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch in selektivvertraglichen Versorgungsformen und gemeinsam vereinbart werden können.
	<ul style="list-style-type: none"> • Die regionalen Gegebenheiten und Strukturen sind hierbei zu berücksichtigen.
<ul style="list-style-type: none"> • Die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize wird durch eine Erhöhung des Mindestzuschusses sowie eine Erhöhung des Zuschusses zu den zuschussfähigen Kosten bei den stationären Hospizen für Erwachsene verbessert. Zudem wird den Partnern der Rahmenvereinbarung aufgegeben, einheitliche Standards zu Umfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen zu vereinbaren. Die Selbstverwaltung hat die Rahmenvereinbarung für die stationäre Hospizversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize wird durch eine Erhöhung des Mindestzuschusses auf 100% der anrechenbaren Kosten erhöht sowie eine Erhöhung des Zuschusses zu den zuschussfähigen Kosten bei den stationären Hospizen für Erwachsene verbessert. Zudem wird den Partnern der Rahmenvereinbarung aufgegeben, einheitliche Standards zu Umfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen zu vereinbaren. Die Selbstverwaltung hat die Rahmenvereinba-

<p>künftig regelmäßig zu überprüfen und unter Berücksichtigung der besonderen Aufgaben in der hospizlichen Palliativversorgung weiterzuentwickeln. Für Kinderhospize sind eigene Rahmenvereinbarungen möglich.</p>	<p>rung für die stationäre Hospizversorgung künftig regelmäßig zu überprüfen und unter Berücksichtigung der besonderen Aufgaben in der hospizlichen Palliativversorgung weiterzuentwickeln. Für Kinderhospize sind eigene Rahmenvereinbarungen möglich.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Zu Gunsten der ambulanten Hospizdienste werden verschiedene Hemmnisse beseitigt. Die Partner der Rahmenvereinbarung über die ambulante Hospizarbeit haben sicherzustellen, dass die finanzielle Förderung durch die Krankenkassen zeitnäher erfolgt, und dass das Verhältnis von ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den aktuellen Versorgungsanforderungen entspricht. Außerdem ist die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen stärker zu berücksichtigen. Die Rahmenvereinbarung ist auch hier künftig regelmäßig anzupassen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu Gunsten der ambulanten Hospizdienste werden verschiedene Hemmnisse beseitigt. Die Partner der Rahmenvereinbarung über die ambulante Hospizarbeit haben sicherzustellen, dass die finanzielle Förderung durch die Krankenkassen zeitnäher erfolgt, und dass das Verhältnis von ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den aktuellen Versorgungsanforderungen entspricht. Außerdem ist die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen stärker zu berücksichtigen. Die Rahmenvereinbarung ist auch hier künftig regelmäßig anzupassen.
<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte erhalten einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte erhalten einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird.
<ul style="list-style-type: none"> • Die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen wird weiter verbessert. Da Sterbebegleitung zur Pflege am Lebensende dazu gehört, wird sie als Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen. Daran anknüpfend wird in den Rahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung die Bedeutung der Sterbebegleitung durch deren ausdrückliche Benennung betont, und es werden die in der vollstationären Pflege bestehenden Mitteilungspflichten um In- 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen wird weiter verbessert. Da Sterbebegleitung zur Pflege am Lebensende dazu gehört, wird sie als Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen. Daran anknüpfend wird in den Rahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung die Bedeutung der auch der palliativ ausgerichteten Pflege und Sterbebegleitung neben aktivierender Pflege durch deren ausdrückliche Benennung betont, und es werden

<p>formationspflichten zur Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen erweitert.</p>	<p>die in der vollstationären Pflege bestehenden Mitteilungspflichten um Informationspflichten zur Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen erweitert, sowie Maßnahmen ergriffen um die Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen palliativ zu qualifizieren und deren palliative Tätigkeit zu erleichtern.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird dadurch verbessert, dass diese künftig Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen sollen. Zugleich wird die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell durch eine entsprechende Vergütung gefördert. 	<ul style="list-style-type: none"> Die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird dadurch verbessert, dass diese künftig Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen sollen. Zugleich wird die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell durch eine entsprechende Vergütung gefördert.
<ul style="list-style-type: none"> Es wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten können. Durch Koordinierung der verschiedenen Versorgungsangebote und Kooperation mit den dafür zuständigen Leistungserbringern und Einrichtungen ist sicherzustellen, dass eine umfassende palliative und hospizliche Betreuung entsprechend der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende gewährleistet ist. Das Beratungsangebot wird von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. 	<ul style="list-style-type: none"> Es wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten können. Durch Koordinierung der verschiedenen Versorgungsangebote und Kooperation mit den dafür zuständigen Leistungserbringern und Einrichtungen ist sicherzustellen, dass eine umfassende palliative und hospizliche Betreuung entsprechend der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende gewährleistet ist. Das Beratungsangebot wird von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.
<ul style="list-style-type: none"> Stationären Palliativeinrichtungen wird gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtung vereinbaren möchten. 	<ul style="list-style-type: none"> Stationären Palliativeinrichtungen wird gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtung vereinbaren möchten.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Den besonderen Anforderungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird Rechnung getragen, indem berücksichtigt wird, dass die Anforderungen teilweise so große Unterschiede in der Komplexität aufweisen, dass die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gesondert geregelt wird. |
|--|---|

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

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom (BGBl. I. S.) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
1. In § 27 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:	1. In § 27 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:
„Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.“	„Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.“

Die Deutsche Palliativstiftung begrüßt diese Änderung des § 27.

1a. Änderung des § 37 Häusliche Krankenpflege

Die Deutsche Palliativstiftung schlägt zusätzlich die Änderung des § 37 Häusliche Krankenpflege vor.

Begründung der Deutsche Palliativstiftung

Da die häusliche allgemeine Palliativpflege als eigenständige Leistung der häuslichen Krankenpflege bislang nirgends beschrieben oder verankert ist, wird diese in Anlehnung an die psychiatrische Fachkrankenpflege (§ 4 der HKP-Richtlinie gem. § 92 Abs. 1 Nr.6) geregelt. Analog dieser Sonderregelung der psychiatrischen Fachkrankenpflege wird die Palliativpflege in der HKP-Richtlinie und auch in ihrem Verzeichnis verordnungsfähiger Leistungen mit verankert.

Leistungen der ambulanten Palliativpflege sollen in die häusliche Krankenpflege aufgenommen werden, damit der G-BA die Aufgabe erhält, die HKP-Richtlinie um die Spezifika der Palliativpflege zu erweitern. Hierfür könnten die bestehenden Regelungen in Nordrhein als Vorbild für die HKP-Richtlinie gelten. Insofern sollten diese aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung auch dem G-BA durch den Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung als richtungsweisend vorgegeben werden. Zusätzlich sollte auch die Vorgabe kommen, dass Leistungserbringer der ambulanten Palliativpflege sich an der regionalen Koordinations- und Netzwerkarbeit beteiligen, was sich dann konsekutiv auch in der Vergütung der erbrachten Leistungen abzubilden hat.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
<p>§ 37 Häusliche Krankenpflege</p> <p>(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege, sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.</p>	<p>§ 37 Häusliche Krankenpflege</p> <p>(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege, spezifische Leistungen der allgemeinen Palliativpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.</p>

1b. Neueinführung eines § 37c Allgemeine ambulante Palliativversorgung

Die Deutsche Palliativstiftung schlägt zusätzlich die Neueinführung eines § 37c Allgemeine ambulante Palliativversorgung vor.

Begründung zu dieser Änderung

a) Einführung eines § 37c in das SGB V

Absatz (1) Leistungsanspruch auf allgemeine ambulante Palliativversorgung

Nachdem der EU-Ministerrat 2003 von einer Dreistufigkeit der palliativmedizinischen Leistungserbringung sprach (Palliativmedizinischer Ansatz; Allgemeine Palliativversorgung; Spezialisierte Palliativversorgung) und die letzten Jahre gezeigt haben, dass die allgemeine ambulante Palliativversorgung in Deutschland nicht in dem Maße zur Verfügung steht, wie dies 2007 unterstellt wurde, bedarf es zusätzlich zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V auch der gesetzlichen Regelung einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, wie dies hier durch Einführung eines § 37c SGB V vorgeschlagen wird. Damit würde die Selbstverwaltung den Ausgleich des bestehenden Defizits in der Versorgung flächendeckend und damit bundesweit regeln müssen.

Dabei ist sicherzustellen, dass die jeweiligen Versorgungsorte, an denen diese Leistung erbracht werden kann, explizit benannt sind. Dies wird durch den Bezug zu § 37 Absatz 2 sichergestellt, da dort bereits die Orte benannt sind, an denen häusliche Krankenpflege erfolgen kann.

Stationäre Pflegeeinrichtungen und stationäre Hospize erhalten zusätzlich zu den stationär erbrachten pflegerischen Leistungen ärztliche Teilleistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, um auch den dort lebenden Menschen palliativmedizinisch gerecht werden zu können. Alleine Krankenhäuser scheiden somit für die Leistungserbringung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung aus.

Weitere erforderliche Vorgaben sind ggf. für stationäre Pflegeeinrichtungen, stationäre Hospize und Krankenhäuser gesondert für die allgemeine Palliativversorgung an den jeweiligen Stellen auszuweisen. So wäre es wünschenswert, wenn in stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeiten palliativer Pflege gefördert werden würden.

Absatz (2) Regionale Palliativnetzwerke und Koordinationsstellen

Bis dato nicht geregelt ist die in der Palliativversorgung unverzichtbare systemseitige Netzwerkkoordination, während die Frage der patientenbezogenen Koordination bereits an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch aufscheint. Ohne systemseitige Koordination – auch im Sinne eines Case und Care Managements – verbleibt sowohl die allgemeine als auch spezialisierte ambulante Palliativversorgung bruchstückhaft im Gesamtsystem der sektorenübergreifenden Versorgung verortet. Hier bedarf es aus Sicht der Deutsche PalliativStiftung im Zusammenhang mit der gesetzlichen Regelung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung einer Festschreibung, die jedoch den Konsens von Bundesländern und kommunalen Gebietskörperschaften benötigen dürfte.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
	<p>§ 37c Allgemeine ambulante Palliativversorgung</p> <p>(1) ¹Versicherte mit einer nicht heilbaren Erkrankung haben im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung Anspruch auf eine bedarfsgerechte allgemeine ambulante Palliativversorgung einschließlich deren Koordination, sofern eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung noch nicht angezeigt ist. ²Diese Leistung ist in der Regel unter Einbeziehung eines geeigneten Pflegedienstes durch Verordnung von spezifischen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege an den unter § 37 Absatz (2) aufgezählten Orten zu erbringen.</p> <p>³Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen oder Hospizen haben einen Anspruch auf hausärztliche Leistungen im Sinne von Satz 1, die palliativpflegerischen Leistungsvorgaben sind für stationäre Pflegeeinrichtungen gesondert festzulegen. ⁴Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.</p> <p>(2) ¹Leistungserbringer der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sind zur Mitarbeit in regionalen Hospiz- und Palliativnetzen als Teil der Koordination verpflichtet. ²Struktur, Verortung und finanzielle Ausstattung der Koordinierungsstellen sind durch Landesgesetz zu regeln. ³Dabei sollen insbesondere kommunale Gebietskörperschaften zu Trägern von Koordinierungsstellen als Basis der regionalen Palliativnetze bestimmt werden; bestehende Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen.</p>

2. Änderung des § 39a

Die Deutsche PalliativStiftung begrüßt ausdrücklich die Reduzierung des Eigenanteils von stationären Hospizen. Sie fordert aber eine Erhöhung auf eine Volldeckung der anrechenbaren Kosten.

Begründung zu dieser Forderung:

Der besondere Aufwand von (Kinder-)Hospizen bildet sich nicht nur durch einen erhöhten Verwaltungsaufwand durch kurzfristige Aufnahmen und Entlassungen ab, sondern der personelle Aufwand ist generell höher, als bei anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen. Wir begrüßen es, dass der Gesetzgeber eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder in Aussicht stellt. Da Hospize für Erwachsene, als auch Kinderhospize, es sich gemeinsam zur Aufgabe gemacht haben, sterbenden Menschen zu begleiten, wäre es aus unserer Sicht zunächst sinnvoll eine einheitliche Rahmenvereinbarung zu formulieren und darin die besonderen Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe (u.a. mit Wiederholungsaufenthalten) von jungen Menschen, analog der bestehenden Rahmenvereinbarung festzuhalten. Allerdings ergeben sich aus der Begleitung von Kindern und deren Angehörigen zum einen, als auch der sich unterscheidenden Krankheitsverläufe von Erwachsenen und Kindern zum anderen, sich deutlich unterscheidende Mengengerüste in der personellen und sächlichen Ausstattung der stationären (Kinder-)Hospize. Hier wäre es aus unserer Sicht hilfreich, durch die Vereinbarung von Leistungs- und Qualitätsmerkmalen, auf der Basis eines Benchmarkings, Mindest- und Maximalgrößen („Korridore) der personellen und sächlichen Ausstattung festzulegen. In diesen Rahmen könnten dann mit den einzelnen (Kinder-) Hospizen auf Landesebene Versorgungsverträge, bzw. Vergütungsvereinbarungen geschlossen werden.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
2. § 39a wird wie folgt geändert:	
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 2 werden die Wörter „zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen“ gestrichen.	
bb) In Satz 3 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „9“ ersetzt.	
cc) In Satz 5 werden nach dem Wort „tragen“ ein Komma und die Wörter „zu denen auch eine gesonderte Rahmenvereinbarung mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Kinderhospize maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossen werden kann“ einge-	

fügt.	
dd) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
„In der Vereinbarung sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize ist dabei zu berücksichtigen. Die Vereinbarung ist spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.“	„In der Vereinbarung sind bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen. Der besondere Verwaltungsa Aufwand stationärer Hospize ist dabei <u>durch die Vereinbarung von Leistungs- und Qualitätsmerkmalen festzuschreiben zu berücksichtigen</u> . Die Vereinbarung ist spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.“
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 8 werden vor dem Wort „ausreichend“ die Wörter „und der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 des Elften Buches“ eingefügt.	
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Es ist sicherzustellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern gewährleistet ist, und dass die Förderung zeitnah ab dem Jahr erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitung leistet. Die Vereinbarung ist spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.“	
	Die folgenden Sätze werden angefügt: Die in § 39a Abs.1 SGV benannten zurechenbaren Kosten berücksichtigen die besonderen Belange von Kindern, indem sie in

	<p>einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen festlegen, dass insbesondere geregelt wird:</p> <ul style="list-style-type: none">• ein besonderer, versorgungsgerechter Personalbedarf zur Pflege des erkrankten jungen Menschen, der deren besonderen Bedarfe einbezieht und jene der An- und Zugehörigen,• Art, Inhalt und Umfang der Aufnahme und Begleitung von Eltern- und Geschwistern und der im Zusammenhang stehende Personalschlüssel, zudem• die ärztliche Versorgung im stationären Kinderhospiz• die Notwendigkeit der Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln für die Gäste/ Patienten,• eine Aufnahme von langjährig betreuten Patienten auch über die Altersgrenzen hinaus.
--	--

3. Einfügung des § 39b

Die Deutsche PalliativStiftung begrüßt die Neueinführung des § 39b im SGB V als wichtigen und richtigen Schritt in die richtige Richtung, advance care planning in die Sozialgesetzgebung aufzunehmen. Allerdings sollte die Einschränkung alleine auf die Krankenkassen entfallen und stattdessen eine umfassendere (und finanzierte) Hospiz- und Palliativberatung aufgenommen werden.

Begründung zu dieser Änderung

Gerade die in der Hospizarbeit wie Palliativversorgung Tätigen verfügen über die benötigte Expertise, um die angedachten Beratungen bspw. auch im Auftrag der Krankenkassen durchführen zu können. Zudem erscheinen gerade die Möglichkeiten der Beratung geeignet, um den Menschen Ängste vor der letzten Lebensphase zu nehmen und um ein erstes Kennenlernen der regional vorgehaltenen Strukturen und Dienste zu ermöglichen. Insofern sollten sowohl die Krankenkassen eine Verpflichtung erhalten als auch die Möglichkeit, die Beratungsverpflichtung entsprechend delegieren zu können.

Da in § 35 Sozialgeheimnis SGB I die einschlägig Tätigen der Hospiz- und Palliativversorgung nicht genannt sind, sollten diese entweder im § 35 SGB I zu diesem Zwecke ergänzt werden oder im §39b explizit genannt werden.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
3. Nach § 39a wird folgender § 39b eingefügt:	
„§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen	„§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen
<p>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 die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“</p>	<p>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 finanzieren die Aufgaben der Beratung. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen sowie SAPV-Teams übertragen.“</p>

4a. Vorschlag der zusätzlichen Änderung des §73 Absatz 1

Die Deutsche PalliativStiftung schlägt vor, den § 73 Kassenärztliche Versorgung Absatz (1) um einen fünften Spiegelstrich zu erweitern, um die hausärztliche Versorgung durch **barrierefreien Zugang zu palliativmedizinisch qualifizierten Konsiliardiensten** zu unterstützen und zu entlasten:

Begründung zu dieser Änderung

Es erscheint explizit notwendig, die hausärztliche Palliativversorgung selbst als Teil der kassenärztlichen Versorgung auszuweisen und durch Konsiliardienste unter den Bedingungen der Versorgung in der Häuslichkeit einschließlich der Veranlassung erforderlicher Leistungen der Palliativpflege und Beteiligung an der Koordinierung der ambulanten Palliativversorgung inklusive Übergang zur SAPV zu unterstützen und zu entlasten.

Diese Vorgabe unter § 73 SGB V als neue Ziffer 5. soll dazu führen, dass die zuständigen Stellen (GKV-SV und KBV) die bestehenden GOP im EBM auf Vollständigkeit des o.a. Leistungsinhaltes zu prüfen und ggf. nachzubessern haben. An dieser Stelle muss dann auch die Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern der Palliativversorgung wie einem Palliative-Care-Team ausgewiesen werden. Zudem wären die zuständigen Stellen gezwungen, einen Konsiliardienst mit qualifizierten Hausärzten, welche die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin besitzen (qualifizierter Palliativarzt, QPA), analog zu den Rufbereitschaftsregelungen in Nordrhein in allen Bundesländern zu ermöglichen. Das wird vonseiten der Deutschen PalliativStiftung insofern als sachgerecht angesehen, als es qualifizierte Hausärzte gibt, die regelhaft in der Heimversorgung engagiert sind und von daher vermehrt Praxiserfahrung mit Sterbenden haben, während andere Hausärzte im Jahr sehr wenige Sterbegleitungen haben und deswegen weniger Erfahrung aufweisen.

Die berufsrechtliche Verpflichtung zur laufenden Fortbildung wird unter der Prämisse, dass palliativmedizinische Inhalte regelmäßig und intensiver als bisher fortgebildet werden, für Hausärzte, die nicht am Konsiliardienst teilnehmen, für ausreichend erachtet.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
	Änderung des §73 Absatz 1 5. die durch ambulante Konsiliardienste unterstützte Palliativversorgung unter den Versorgungsbedingungen in der Häuslichkeit ein-

	schließlich der Veranlassung erforderlicher Leistungen der Palliativpflege und Beteiligung an der Koordinierung der ambulanten Palliativversorgung inklusive Übergängen zur SAPV.
--	---

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
4. § 73 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
a) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 13 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bb) Folgende Nummer 14 wird angefügt:	
„14. Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b.“	
b) In Satz 2 wird die Angabe „12“ durch die Angabe „14“ ersetzt.	

5. Änderung des § 87

Die Deutsche PalliativStiftung begrüßt, dass mit dieser Änderung eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eingeführt werden soll. Die Voraussetzungen dafür sollen von KBV und GKV-SV vereinbart werden. Diese Änderungen sollten weiter gehen, weshalb eine weitergehende Änderung des § 87 vorgeschlagen wird.

Begründung der Deutschen PalliativStiftung:

Das Vorhaben beruht auf Erfahrungen wie z.B. in NRW. Dort wurde vor der Einführung der SAPV eine vertragliche Vereinbarung gem. § 37b SGB V mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Nordrhein und ähnlich in Westfalen-Lippe getroffen, um AAPV und ggfls. auch SAPV durch die jeweiligen KVen erbringen zu lassen.

Palliativmedizinisch-ärztliche Leistungen der SAPV werden von qualifizierten Hausärzten in Nebentätigkeit erbracht und in Westfalen-Lippe gibt es auf Grund dieser Verträge bis heute keine eigenständigen SAPV-Teams mit einem Vertrag nach § 132d SGB V.

Vertraglich geregelte Leistungen zur Palliativpflege zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der AAPV sind in Nordrhein möglich. In Westfalen-Lippe handelt es sich um ein vorrangig hausarztzentriertes Vergütungsmodell, in dem eine weitere Entwicklung hin zur SAPV als Leistungen eines eigenständigen, multiprofessionellen SAPV-Teams nicht erwünscht ist, was eine Versorgung mit AAPV durch eine attraktive Vergütungsstruktur erleichtert.

Eine derartige Stärkung der hausärztlichen ambulanten Palliativversorgung und auch eine solche durch Pflegedienste in der Häuslichkeit für eine AAPV könnte auf Grund der Erfahrungen und Vorbildhaftigkeit in Nordrhein auch bundesweit erfolgen

- durch Verfügbarkeit von Palliativpflege im Rahmen der HKP, was der Referentenentwurf intendiert
- durch Verfügbarkeit eines palliativmedizinisch qualifizierten Konsiliardienstes für alle Hausärzte einer KV, was das HPG noch nicht intendiert
- durch regionale Palliativnetzwerke, deren Trägerschaft durch die Kommunen noch nicht vom HPG intendiert ist
- durch hausärztliche Kooperationsleistungen bei der Zusammenarbeit mit einem SAPV-Team, die im HPG noch ausgewiesen werden müssten, um nicht eine Fehlsteuerung in Sinne der Vermeidung der indikationsgerechten Verordnung von SAPV weiter zu vertiefen.

Mit der Verfügbarkeit der o.a. versorgungsstrukturellen Maßnahmen könnte die Abforderung einer 40-stündigen Qualifikation für den „normalen“ Hausarzt ggfls. entfallen, da im Gegenzug regionale Netze auch interdisziplinäre Fortbildungsangebote z.B. in Zusammenarbeit mit KVen, Kammern usw. in der Region planen und innerhalb der netzinternen Fort- und Weiterbildungsverpflichtung durchführen.

Für eine einstufige hausärztliche Palliativversorgung spricht auch die „Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees“ des Council of Europe „an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und- pflegerischen Versorgung“. Dort ist der „palliativmedizinische Ansatz“ zur angemessenen Umsetzung in der „Allgemeinen Palliativversorgung“ wie auch der „Spezialisierten Palliativversorgung“ unter Ziffer 53 definiert. In der Vergangenheit wurde von den beteiligten Fachgesellschaften in Deutschland eine bessere hausärztliche Qualifikation eingefordert und von daher eine „AAPV“ mit besonderen Qualifikationsanforderungen an Hausärzte bevorzugt. Angesichts der eindeutigen Intentionen der Bundesregierung eine effektive und nachhaltige Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung von den Ballungszentren bis in den ländlichen Raum hinein herbeizuführen, gilt es für die GKV, sich eine flexibel abgrenzbare, durch Hausärzte erbrachte allgemeine Palliativversorgung und einen geordneten Übergang zur SAPV als hochspezialisierte Leistung eines SAPV-Teams zum Wohle ihrer Versicherten einzusetzen.

Der Referentenentwurf sollte deswegen aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung wie folgt geändert werden

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
--	---

<p>5. § 87 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>a) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:</p> <p>„(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung.</p>	<p>a) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:</p> <p>„(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. für eine hausärztliche Palliativversorgung im Sinne einer Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, die durch einen qualifizierten Konsiliardienst unterstützt wird.</p>
<p>Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierenden palliativmedizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen, 2. Qualifikationsanforderungen an die ärztlichen Leistungserbringer, 3. Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen, 4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität. 	<p>Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierenden palliativmedizinischen Versorgung hausärztlichen Koordinierungsaufgaben in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen, 2. Qualifikationsanforderungen an die ärztlichen Leistungserbringer im Konsiliardienst, 3. Anforderungen an die patientenbezogene- wie allgemeine leistungserbringerseitige Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen, 4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.
<p>Der Bundesärztekammer ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Auf Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungs-</p>	<p>Der Bundesärztekammer ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Auf Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungs-</p>

<p>maßstab für ärztliche Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten palliativmedizinischen Leistungen auch in Kombination mit anderen vertragsärztlichen Leistungen, über die Zahl und Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, über die Versorgungsqualität sowie über die Auswirkungen auf die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“</p>	<p>maßstab für ärztliche Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten palliativmedizinischen Leistungen auch in Kombination mit anderen vertragsärztlichen Leistungen, über die Zahl und Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, über die Versorgungsqualität sowie über die Auswirkungen auf die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“</p>
<p>b) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:</p>	<p>b) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:</p>
<p>„Bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ist mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Regelung zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen, vergütet werden.“</p>	<p>„Bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ist mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Regelung zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen, vergütet werden.“</p>

Vorschlag der Ergänzung des § 87

Die Deutsche PalliativStiftung empfiehlt eine Ergänzung des § 87, um den Betrieb stationärer Kinderhospize zu verbessern.

Begründung der Deutschen PalliativStiftung:

Es besteht ein konkreter Regelungsbedarf bei den stationären Kinderhospizen. Die Problematik der ärztlichen Versorgung in stationären Kinderhospizen wird durch den Referentenentwurf bisher nicht gelöst.

Da die Mehrzahl der Kinderhospizgäste von großer Entfernung (>100 km) anreisen, muss auch die ärztliche Versorgung diesem Umstand Rechnung tragen. Eine wohnortnahe, hausärztliche und palliativ-ärztliche Versorgung, wie bei Hospizen für Erwachsene vorgesehen, ist für Kinderhospize in der Praxis unmöglich. Kinderhospize, die deshalb eigene Ärzte vorhalten, müssen in die Lage gebracht werden, als Institutsambulanz zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung rezeptieren zu können.

Wir haben Verständnis, dass der Gesetzgeber die Ausgestaltung der qualifizierten und koordinierenden palliativ-medizinischen Versorgung in die Hände der Selbstverwaltungen, namentlich der kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband und der Krankenkassen, legt. Da der Mangel in der ärztlichen Versorgung von stationären Kinderhospizen ausschließlich auf Seiten der Betroffenen, aber auch bei den stationären Kinderhospizen zu spüren ist, kann erwartet werden, dass eine Vereinbarung der genannten Selbstverwaltungen die Problematik aus eigenen Stücken nicht kennt und damit auch nicht lösen wird.

Die ärztliche Versorgung im Kinderhospiz wird bisher überwiegend aus Spendenmitteln bestritten. Nur vereinzelt ist es bisher gelungen, dass die Personalkosten für die palliative ärztliche Versorgung über den tagesbezogenen Bedarfssatz nach § 39a Abs. 1 SGB V abgebildet werden. Medikamente und Verbandsmittel werden überwiegend aus Spenden finanziert.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
	Bei § 87 als Absatz (10) ist einzufügen
	(10) Insbesondere stationäre Kinderhospize werden in die Lage gebracht werden, Verordnungen von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln ausreichend zeitnah umsetzen zu können, indem es ihnen im Bedarfsfall ermöglicht wird, diese mit Hilfe angestellter Ärzte im Sinne einer Institutsambulanz rezeptieren zu können.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
6. In § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz werden die Wörter „befristet für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2016“ gestrichen.	
7. § 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 allgemeinen ambulanten Palliativversorgung.“	
b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungserbringern“ die Wörter „und zu Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung“ eingefügt.	

7a. Vorschlag der zusätzlichen Einführung eines § 92 Abs. 7 Nr. 5

Die Deutsche Palliativstiftung schlägt vor, in § 92 Abs. 7 Nr. 5 zusätzlich den besonderen Belangen von Kindern Rechnung zu tragen.

Begründung der Deutschen PalliativStiftung:

Ebenso, wie in stationären Kinderhospizen und ambulanten Kinderhospizdiensten, erfolgt die häusliche Palliativversorgung von Kindern durch häusliche Kinderkrankenpflegedienste unter systemischen Gesichtspunkten. Eltern und Geschwister der erkrankten Kinder werden in die Pflege des erkrankten Kindes mit einbezogen und familiendynamische Prozesse begleitet. Hierbei handelt es sich nicht um systemfremde Leistungen, sondern unmittelbar der Palliativpflege zuzuordnende Leistungsbestandteile. Gerade durch den systemischen Blick unterscheidet sich die allgemeine und auch spezialisierte ambulante Palliativversorgung von der häuslichen Krankenpflege, die bisher in der häuslichen Krankenpflegerichtlinie des gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) festgelegt ist. Analog zu der psychiatrischen Fachkrankenpflege, die in § 4 der häuslichen Krankenpflegerichtlinie gesonderte Beachtung findet, könnte auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung, sowie die allgemeine ambulante Palliativversorgung für Kinder in der Häuslichen Krankenpflege Richtlinie Erwähnung finden. Die besonderen Belange von Kindern

könnten in Abgrenzung zu der Palliativpflege von Erwachsenen auch als gesonderte Positionen im Leistungskatalog der Richtlinie verankert werden.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
	§ 92 Abs. 7 Nr. 5 (neu)
	5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur allgemeinen ambulanten palliativ Versorgung. Dabei soll den besonderen Belangen von Kindern Rechnung getragen werden.

8. § 119b wird wie folgt geändert:	
a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „können“ durch das Wort „sollen“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 werden die Wörter „bis spätestens 30. September 2013“ gestrichen.	
c) Absatz 3 wird aufgehoben.	

9. Änderung des § 132d

Gesetzliche Krankenkassen sollen mit der geplanten Änderung die Möglichkeit erhalten, neben der bestehenden Regelung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nun auch Verträge schließen zu können, die gleichzeitig sowohl die Leistungsbestandteile der AAPV als auch der SAPV umfassen.

Bewertung der Deutschen PalliativStiftung:

Die Deutsche PalliativStiftung sieht diese Änderung sehr kritisch, weil dadurch die klare Definition für die Unterscheidung von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung missachtet wird. Sie empfiehlt die ersatzlose Streichung dieser Möglichkeit und schlägt stattdessen vor, die allgemeine ambulante Palliativversorgung inklusive deren Koordination als § 37c neu in das SGB V aufzunehmen (Details siehe dort).

Spezialisierte Palliativversorgung erfüllen „Dienste, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht.“ (Zitat aus der Empfehlung Rec 24 des Ministerkomitees von 2003). Insofern sollte an der bestehenden Vertragsgrundlage für die SAPV nichts verändert werden.

Da es sich bei der Leistung der SAPV nicht um ein Wettbewerbsfeld handelt, ist die Grundlage von Selektivverträgen hierfür nicht geeignet.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
9. § 132d wird wie folgt geändert:	
a) Dem Absatz 1 werden folgende 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 Vertragsparteien zu gleichen Teilen.“	„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 Vertragsparteien zu gleichen Teilen. “
b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:	b) 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.“ 10. Nach § 132e wird folgender § 132f eingefügt:	„(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.“ 10. Nach § 132e wird folgender § 132f eingefügt:

10. Neueinführung des § 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

Die Deutsche PalliativStiftung begrüßt, dass mit dieser Neueinführung die gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende eingeführt werden soll. Allerdings sollte die gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende auch in weiteren Einrichtungen möglich sein, zudem kann diese vorausschauende Versorgungsplanung für das Lebensende deutlich vor dem Lebensende erfolgen..

Begründung der Deutschen PalliativStiftung:

Es sterben viele schwerstmehrfachbehinderte junge Menschen aufgrund ihrer Behinderung auch in jungen Jahren. Dies geschieht zuhause und in Kliniken, aber auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Kinder- und Jugendhilfe. Nach dem bisherigen Referentenentwurf würden diese Einrichtungen, die solche Patienten oft jahrelang intermittierend begleiten, von der Versorgungsplanung ausgenommen sein.

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
10. § 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende	10. § 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung in schwerer Krankheit und zum Lebensende
(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 43 des Elften Buches können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende 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 während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallszenarien besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativmedizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden. In die Fallbesprechung ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versor-	(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen in Sinne des § 43 des Elften Buches, <u>§ 43a des elften Buches, § 55 des zwölften Buches und §§ 33 bis 35a des achten Buches</u> können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung bei palliativer Erkrankung und zum Lebensende anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der hospizlich-palliativen Versorgung Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf pflegerische und medizinische Abläufe während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallszenarien besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativmedizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versor-

<p>gung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind Angehörige und weitere Vertrauenspersonen zu beteiligen. Mögliche Notfallszenarien sollen mit den relevanten Rettungsdiensten und Krankenhäusern abgestimmt werden. Andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Satz 1 können das Beratungsangebot nach diesem Absatz selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.</p>	<p>gungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden. 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. Mögliche Notfallszenarien sollen mit den relevanten Rettungsdiensten und Krankenhäusern abgestimmt werden. Andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Satz 1 können das Beratungsangebot nach diesem Absatz selbst oder in Kooperation mit SAPV-Teams und anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.</p>
<p>(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen 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 Absatz 1. 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. §</p>	<p>2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen 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 Absatz 1. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize und der Palliativversorgung 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</p>

132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.	zur Stellungnahme zu geben. § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.
<p>(3) Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 2 erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtung. 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 der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach Absatz 2 zu regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. Die ärztlichen Leistungen nach Absatz 1 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 2 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.“ 11. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 werden nach dem Wort „und“ die Wörter „nach § 39b sowie“ eingefügt.</p>	<p>(3) Die Krankenkasse des Versicherten trägt die notwendigen Kosten für die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 2 erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtung. Die Kosten sind für Leistungseinheiten zu tragen, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen, sowie der daraus folgenden koordinativen Leistungen berücksichtigen. Das Nähere zu den erstattungsfähigen Kosten und der Höhe der Kostentragung ist in der Vereinbarung nach Absatz 2 zu regeln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt für seine Mitglieder das Erstattungsverfahren. Die ärztlichen Leistungen nach Absatz 1 sind unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 2 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.“ 11. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 werden nach dem Wort „und“ die Wörter „nach § 39b sowie“ eingefügt. Für die pflegerischen Leistungen ist analog zu verfahren.</p>

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	
<p>In § 87a Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird das Semikolon und der nachfolgende Satzteil durch einen Punkt ersetzt.</p>	

Artikel 3 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
1. Dem § 28 wird folgender Absatz 5 angefügt:	
„(5) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“	„(5) Pflege schließt palliativ ausgerichtete Pflege und Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.“
2. In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Inhalt der Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich der Sterbebegleitung“ eingefügt.	2. In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Inhalt der Pflegeleistungen“ die Wörter „einschließlich der palliativ ausgerichteten Pflege und Sterbebegleitung“ eingefügt.
3. § 114 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
a) Satz 6 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 1 wird das Wort „sowie“ gestrichen und durch ein Komma ersetzt.	
bb) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt.	
cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:	
„3. ab dem 1. Juli 2016 die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.“	„3. ab dem 1. Juli 2016 die Zusammenarbeit mit einem SAPV-Team, ggfls. einem Hospiz- und Palliativnetz.“

b) In Satz 7 wird nach dem Wort „Versorgung“ das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Arzneimittelversorgung“ die Wörter „sowie der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz“ eingefügt.	b) In Satz 7 wird nach dem Wort „Versorgung“ das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Arzneimittelversorgung“ die Wörter „sowie der Zusammenarbeit mit einem SAPV-Team, ggfls. einem Hospiz- und Palliativnetz“ eingefügt.
4. In § 115 Absatz 1b Satz 1 werden nach dem Wort „Arzneimittelversorgung“ die Wörter „und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz“ eingefügt.	4. In § 115 Absatz 1b Satz 1 werden nach dem Wort „Arzneimittelversorgung“ die Wörter „und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem SAPV-Team, ggfls. einem Hospiz- und Palliativnetz“ eingefügt.

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 ... geändert worden ist, wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und werden die Wörter „bei Palliativstationen oder -einheiten ist für die Ausnahme ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend.“ eingefügt.	

Begründung	
A. Allgemeiner Teil	

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
--	---

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen	
<p>....</p> <p>Das Gesetz sieht – in Umsetzung der dazu vorgelegten Eckpunkte zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung – Maßnahmen sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der sozialen Pflegeversicherung vor. Die Maßnahmen zielen darauf ab</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - in strukturschwachen und ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen, 	<ul style="list-style-type: none"> - auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen, dabei gleichzeitig eine Überversorgung in anderen Gebieten zu vermeiden,
<ul style="list-style-type: none"> - die Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung in der Regelversorgung sicherzustellen, 	
<ul style="list-style-type: none"> - die allgemeine ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken, 	<ul style="list-style-type: none"> - die allgemeine ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken, und gleichzeitig die Qualität der SAPV zu erhalten
<ul style="list-style-type: none"> - die Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize zu verbessern, 	<ul style="list-style-type: none"> - die Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize zu verbessern, sowie Fehlplanungen im Sinne einer regionalen Unter- und Überversorgung zu verhindern,
	<ul style="list-style-type: none"> - die Versorgung mit Medikamenten in Einrichtung und der Häuslichkeit rechtssicher und praktikabel zu machen,

<ul style="list-style-type: none"> - die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken und Kooperationen mit regionalen Versorgern zu fördern sowie 	<ul style="list-style-type: none"> - die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken und Kooperationen mit regionalen Versorgern zu fördern sowie
<ul style="list-style-type: none"> - die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren. 	<ul style="list-style-type: none"> - die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren, sowie
	<ul style="list-style-type: none"> - den besonderen Anforderungen der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausreichend Rechnung zu tragen. Deren Bedarfe unterscheiden sich grundsätzlich sowohl in der ambulanten und stationären Hospizarbeit wie auch der ambulanten und stationären Palliativversorgung, da die Bedarfe wesentlich früher im Krankheitsverlauf entstehen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Mit dem Gesetz wird die flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland durch gezielte Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung gestärkt. Es werden Anreize zum weiteren Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung gesetzt und die Kooperation und Vernetzung in den relevanten Versorgungsbereichen gefördert. Die Versicherten werden besser über Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung informiert, damit die letzte Lebensphase selbstbestimmt und bestmöglich begleitet verbracht werden kann.

Schwerpunkte des Gesetzes sind:

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
1. Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und Förderung der Vernetzung	1. Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und Förderung der Vernetzung
<p>Die allgemeine ambulante Palliativversorgung sowie die Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden gestärkt. Im vertragsärztlichen Bereich werden zusätzlich vergütete Leistungen eingeführt, die insbesondere die Qualität der Versorgung erhöhen und Kooperationen zwischen den Anbietern und mit den weiteren an der Versorgung Beteiligten sowie die aktive Koordination der Versorgungsleistungen befördern sollen. Ärztinnen und Ärzte, die zusätzliche Leistungen erbringen, müssen besondere Qualifikationsanforderungen erfüllen und sich an der Netzwerkarbeit oder einem gemeinsamen Fallmanagement mit anderen Leistungserbringern beteiligen (wie den ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten oder den stationären Hospizen und Pflegeheimen).</p> <p>[...]</p>	<p>Die allgemeine ambulante Palliativversorgung sowie die Vernetzung unterschiedlicher Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden gestärkt. Im vertragsärztlichen Bereich werden zusätzlich vergütete Leistungen eingeführt, die insbesondere die Qualität der Versorgung erhöhen und Kooperationen zwischen den Anbietern und mit den weiteren an der Versorgung Beteiligten sowie die aktive Koordination der Versorgungsleistungen befördern sollen. Ärztinnen und Ärzte sowie multiprofessionelle Fachkräfte, die zusätzliche Leistungen erbringen, müssen besondere Qualifikationsanforderungen erfüllen und sich an der Netzwerkarbeit oder einem gemeinsamen Fallmanagement mit anderen Leistungserbringern beteiligen (wie den ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten oder den stationären Hospizen und Pflegeheimen).</p> <p>[...]</p>

<p>2. Stärkung der Palliativpflege</p> <p>[...]</p>	<p>2. Stärkung der Palliativpflege</p> <p>[...]</p>
<p>3. Erleichterungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>Die vertragliche Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird erleichtert, um insbesondere im ländlichen Raum den weiteren Aufbau entsprechender Strukturen zu fördern. Durch die Einführung eines gesetzlichen Schiedsverfahrens werden Vereinbarungen auch in streitigen Vertragsverhandlungen erleichtert und im Konfliktfall zeitnahe Lösungen ermöglicht. Zudem wird klargestellt, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch gemeinsam mit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in Selektivverträgen geregelt werden kann. Dies sichert zum einen den Fortgeltung der Verträge zur Palliativversorgung, die bereits vor gesetzlicher Einführung der besonderen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgeschlossen wurden. Zum anderen trägt dies dazu bei, Schnittstellenprobleme zwischen allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung zu überwinden und den Vertragspartnern mehr Gestaltungsspielraum zu geben.</p> <p>[...]</p>	<p>3. Erleichterungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>Die vertragliche Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird erleichtert, um insbesondere im ländlichen Raum den weiteren Aufbau entsprechender Strukturen zu fördern. Durch die Einführung eines gesetzlichen Schiedsverfahrens werden Vereinbarungen auch in streitigen Vertragsverhandlungen erleichtert und im Konfliktfall zeitnahe Lösungen ermöglicht. Zudem wird klargestellt, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch gemeinsam mit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in Selektivverträgen geregelt werden kann. Dies sichert zum einen den Fortgeltung der Verträge zur Palliativversorgung, die bereits vor gesetzlicher Einführung der besonderen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgeschlossen wurden. Zum anderen trägt dies Zum anderen trägt dies dazu bei, Schnittstellenprobleme zwischen allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung zu überwinden und den Vertragspartnern mehr Gestaltungsspielraum zu geben.</p>
<p>4. Stärkung der stationären Hospizversorgung und der ambulanten Hospizarbeit</p> <p>Stationäre Hospize werden weiter gefördert, indem deren finanzielle Ausstattung deutlich verbessert wird. Krankenkassen tragen künftig bei stationären Hospizen für Erwachsene 95 Prozent statt der bisherigen 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung, wie dies bereits</p>	<p>4. Stärkung der stationären Hospizversorgung und der ambulanten Hospizarbeit</p> <p>Stationäre Hospize werden weiter gefördert, indem deren finanzielle Ausstattung deutlich verbessert wird. Krankenkassen tragen künftig bei stationären Hospizen für Erwachsene 95 100 Prozent statt der bisherigen 90 Prozent, bzw. 95 der zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung, wie</p>

<p>bei stationären Kinderhospizen gilt. Der kalendertägliche Mindestzuschuss der Krankenkassen zur stationären Hospizversorgung wird darüber hinaus von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV erhöht. Dies sorgt auch für eine Angleichung noch bestehender regionaler Vergütungsunterschiede.</p>	<p>dies bereits bei stationären Kinderhospizen gilt. Der kalendertägliche Mindestzuschuss der Krankenkassen zur stationären Hospizversorgung wird darüber hinaus von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV erhöht. Dies sorgt auch für eine Angleichung noch bestehender regionaler Vergütungsunterschiede.</p> <p>Für den Bereich der stationären Kinderhospizversorgung muss der Bedarf gesondert verhandelt und festgelegt werden.</p>
<p>Den Partnern der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 SGB V über Art und Umfang sowie die Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung wird aufgetragen, die Rahmenvereinbarung an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen und Standards zu Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen zu vereinbaren. Insbesondere dem erhöhten Verwaltungsaufwand stationärer Hospize wird dabei Rechnung getragen. Dies dient zugleich der Verringerung regionaler Unterschiede bei der finanziellen Förderung stationärer Hospizarbeit und beseitigt Rechtsunsicherheiten über Inhalt und Umfang der zuschussfähigen Kosten. Für Kinderhospize sind eigene Rahmenvereinbarungen möglich, die den Besonderheiten kindlicher und familiärer Betreuung Rechnung tragen.</p>	<p>Den Partnern der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 SGB V über Art und Umfang sowie die Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung wird aufgetragen, die Rahmenvereinbarung an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen und Standards zu Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen zu vereinbaren. Insbesondere dem erhöhten Verwaltungsaufwand stationärer Hospize wird dabei Rechnung getragen. Dies dient zugleich der Verringerung regionaler Unterschiede bei der finanziellen Förderung stationärer Hospizarbeit und beseitigt Rechtsunsicherheiten über Inhalt und Umfang der zuschussfähigen Kosten. Für Kinderhospize sind eigene Rahmenvereinbarungen möglich, die den Besonderheiten kindlicher und familiärer Betreuung Rechnung tragen.</p>
	<p>Insbesondere in Kinderhospizen bestehen erhebliche Probleme die zeitgerechte und ausreichende Versorgung durch die Beschaffung von Verordnungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel vom Hauskinderarzt sicherzustellen. Aus diesem Grunde soll es Kinderhospizen generell ermöglicht werden, hierzu eine Zulassung als eine Institutsambulanz zu erhalten.</p>
<p>Daneben wird die ambulante Hospizarbeit, deren praktische Bedeutung stetig wächst, weiter gestärkt und es werden verschiede-</p>	<p>Daneben wird die ambulante Hospizarbeit, deren praktische Bedeutung stetig wächst, weiter gestärkt und es werden verschiede-</p>

<p>ne noch bestehende Hemmnisse beseitigt. Die Partner der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit haben etwa sicherzustellen, dass ambulante Hospizdienste zeitnah zu dem Zeitpunkt, zu dem sie Sterbebegleitungen leisten, von den Krankenkassen auch finanziell gefördert werden, und dass das Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den aktuellen Versorgungsanforderungen entspricht. Auch die Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizarbeit ist künftig regelmäßig an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.</p>	<p>ne noch bestehende Hemmnisse beseitigt. Die Partner der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit haben etwa sicherzustellen, dass ambulante Hospizdienste zeitnah zu dem Zeitpunkt, zu dem sie Sterbebegleitungen leisten, von den Krankenkassen auch finanziell gefördert werden, und dass das Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den aktuellen Versorgungsanforderungen entspricht. Auch die Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizarbeit ist künftig regelmäßig an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.</p>
<p>Um in stationären Pflegeeinrichtungen die bereits bestehende Möglichkeit zu fördern, Hospizdienste in der Sterbebegleitung mit einzubeziehen, werden die Partner der Rahmenvereinbarung darüber hinaus verpflichtet, die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei den Vereinbarungen besonders zu berücksichtigen. Die Vernetzung verschiedener Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen soll von den Vertragspartnern sichergestellt werden.</p>	<p>Um in stationären Pflegeeinrichtungen die bereits bestehende Möglichkeit zu fördern, Hospizdienste in der Sterbebegleitung mit einzubeziehen, werden die Partner der Rahmenvereinbarung darüber hinaus verpflichtet, die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei den Vereinbarungen besonders zu berücksichtigen. Die Vernetzung verschiedener Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen soll von den Vertragspartnern sichergestellt werden. Der dabei entstehende Koordinationsaufwand ist als vergütungsrelevanter Bestandteil zu berücksichtigen.</p>
<p>5. Einführung eines Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung</p>	
<p>Damit Versicherte in ihrer letzten Lebensphase die Versorgung und Begleitung erhalten, die sie benötigen und wünschen, wird ein ausdrücklicher Leistungsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und</p>	<p>Damit Versicherte in ihrer letzten Lebensphase die Versorgung und Begleitung erhalten, die sie benötigen und wünschen, wird ein ausdrücklicher Leistungsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und</p>

<p>Hospizversorgung geschaffen. Der Anspruch beinhaltet die Information über die regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote sowie deren Ansprechpartner und ggf. Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme. Die Krankenkassen haben sich dabei mit anderen Beratungsstellen (z.B. kommunalen Servicestellen oder auch der Pflegeberatung) sowie den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen, damit es nicht aufgrund von Informationsdefiziten zu Versorgungs- und Betreuungslücken kommen kann</p>	<p>Hospizversorgung geschaffen. Der Anspruch beinhaltet die Information über die regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote sowie deren Ansprechpartner und ggf. Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme. Die Kranken- und Pflegekassen haben sich dabei mit anderen Beratungsstellen (z.B. kommunalen Servicestellen oder auch der Pflegeberatung) sowie den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen, damit es nicht aufgrund von Informationsdefiziten zu Versorgungs- und Betreuungslücken kommen kann.</p> <p>Die Versorgungsmöglichkeiten der AAPV und der SAPV müssen allen Bürgern bekannt gemacht werden. Gleichmaßen wie für gesetzlich Versicherte muss diesem Anrecht auch für nicht Versicherte oder privat versicherte Menschen Geltung verschafft werden und dies gilt auch, wenn einzelne Krankenkassen mit den jeweiligen Versorgern keine Verträge abgeschlossen haben.</p>
<p>6. Förderung der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen</p>	<p>6. Förderung der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen</p>
<p>In stationären Pflegeeinrichtungen werden Hospizkultur und Palliativversorgung weiter verbessert. Es wird klargestellt, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege im Sinne des SGB XI dazu gehören. Die Bedeutung von Sterbebegleitung wird auch durch ausdrückliche Benennung in den gesetzlichen Vorgaben zu den für die Pflegeeinrichtungen geltenden Rahmenverträgen auf Landesebene betont.</p>	<p>In stationären Pflegeeinrichtungen werden Hospizkultur und Palliativversorgung weiter verbessert. Es wird klargestellt, dass palliativ ausgerichtete pflegerische Maßnahmen derund Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege im Sinne des SGB XI dazu gehören. Die Bedeutung von Sterbebegleitung wird auch durch ausdrückliche Benennung in den gesetzlichen Vorgaben zu den für die Pflegeeinrichtungen geltenden Rahmenverträgen auf Landesebene betont.</p>
<p>Derzeit sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen zum Zweck der Veröffentlichung in den Transparenzberichten mitzuteilen, wie die ärztli-</p>	<p>Derzeit sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen zum Zweck der Veröffentlichung in den Transparenzberichten mitzuteilen, wie die ärztliche,</p>

<p>che, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in der Einrichtung geregelt sind. Um die Vernetzung und Zusammenarbeit aller Beteiligten zu stärken und auch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen besser zu informieren, werden diese Mitteilungspflichten um die Pflicht der Mitteilung zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz erweitert.</p>	<p>fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in der Einrichtung geregelt sind. Um die Vernetzung und Zusammenarbeit aller Beteiligten zu stärken und auch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen besser zu informieren, werden diese Mitteilungspflichten um die Pflicht der Mitteilung zur Zusammenarbeit mit einem SAPV-Team, ggfls., Hospiz- und Palliativnetz erweitert.</p>
<p>7. Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen</p>	<p>7. Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen <i>und stationären Hospizen</i></p>
<p>Die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird dadurch verbessert, dass stationäre Pflegeeinrichtungen künftig Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen sollen. Dies war bisher lediglich als gesetzliche Möglichkeit vorgesehen ("Kann"-Regelung in § 119b Absatz 1 SGB V). Zugleich wird die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell gefördert. Ziel ist, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine koordinierte Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gewährleisten, um die palliativmedizinische Versorgung in den Einrichtungen zu verbessern.</p>	<p>Die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen wird dadurch verbessert, dass beide Pflegeeinrichtungen künftig Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen sollen. Die vertragsärztlichen Leistungserbringer sollen eine Teilnahme an dem 40-stündigen theoretischen Teil des Erwerbs der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nachweisen. Dies war bisher lediglich als gesetzliche Möglichkeit vorgesehen ("Kann"-Regelung in § 119b Absatz 1 SGB V). Zugleich wird die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell gefördert. Ziel ist, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine koordinierte Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gewährleisten, um die palliativmedizinische Versorgung in den Einrichtungen zu verbessern.</p>
<p>Künftig wird für die Teilnahme von Vertragsärzten an Kooperationsverträgen eine unbefristete und obligatorische Vergütung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgenommen. Hierzu wird auf die am 1. Januar 2014 in Kraft getretene Anlage zum Bundesmantelvertrag abgestellt, die die zwischen den vollstationären Pflegeeinrichtungen und den Vertragsärzten in Kooperationsverträgen zu regelnden Vertragsinhalte beinhaltet. Die</p>	<p>Künftig wird für die Teilnahme von Vertragsärzten an Kooperationsverträgen eine unbefristete und obligatorische Vergütung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgenommen. Hierzu wird auf die am 1. Januar 2014 in Kraft getretene Anlage zum Bundesmantelvertrag abgestellt, die die zwischen den vollstationären Pflegeeinrichtungen und den Vertragsärzten in Kooperationsverträgen zu regelnden Vertragsinhalte beinhaltet. Die Fi-</p>

<p>Finanzierung erfolgt durch die gesetzlichen Krankenkassen zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die bestehende gesetzliche Frist, innerhalb der auf regionaler Ebene finanzielle Zuschläge zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder zur Förderung von Kooperationsverträgen vereinbart werden können, wird bis zum Inkrafttreten einer Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab verlängert.</p>	<p>finanzierung erfolgt durch die gesetzlichen Krankenkassen zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die bestehende gesetzliche Frist, innerhalb der auf regionaler Ebene finanzielle Zuschläge zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder zur Förderung von Kooperationsverträgen vereinbart werden können, wird bis zum Inkrafttreten einer Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab verlängert.</p>
<p>8. Anreize für ein individuelles, ganzheitliches Beratungsangebot</p>	<p>8. Anreize für ein individuelles, ganzheitliches Beratungsangebot</p>
<p>Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen Beratungsangebote machen, um Ängste der Bewohnerinnen und Bewohner vor dem Sterben zu mindern und ihre Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase zu stärken. Konkret werden finanzielle Anreize dafür gesetzt, dass die Pflegeeinrichtungen ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot vorhalten und in Kooperation mit anderen Versorgern und Leistungserbringern organisieren. Ein solches individuelles Beratungsangebot zur gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende soll auf Wunsch und Willen des Pflegebedürftigen im Rahmen einer umfassenden Fallbesprechung insbesondere auf medizinische Abläufe eingehen, Notfallszenarien thematisieren sowie Hilfen und Angebote zur palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung sowie psychosozialen Begleitung während des Sterbeprozesses unter möglicher Hinzuziehung der Angehörigen und anderer Vertrauenspersonen aufzeigen. Durch Abstimmung und Kooperation mit den umliegenden regionalen Versorgungsangeboten ist sicherzustellen, dass eine umfassende medizinische, pflegerische und hospizliche Betreuung entsprechend der individuellen Versorgungs-</p>	<p>Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen Beratungsangebote machen, um Therapieentscheidungen bedarfs- und bedürfnisgerecht unter Wahrung der individuellen Würde und Autonomie des Bewohners auszurichten und Ängste der Bewohnerinnen und Bewohner vor dem Sterben zu mindern, und ihre Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase zu stärken, Lebensqualität entsprechend den Standards der Vorausschauenden Sorgeplanung (ACP, Advance Care Planning) und Palliativversorgung so lange wie möglich zu erhalten, sowie Über- und Fehlversorgung zu verhindern. Konkret werden finanzielle Anreize dafür gesetzt, dass die Pflegeeinrichtungen ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot vorhalten und in Kooperation mit anderen Versorgern und Leistungserbringern organisieren. Ein solches individuelles Beratungsangebot zur gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende soll auf Wunsch und Willen des Pflegebedürftigen im Rahmen einer umfassenden Fallbesprechung insbesondere auf medizinische Abläufe eingehen, Notfallszenarien thematisieren sowie Hilfen und Angebote zur palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung sowie psychosozialen Begleitung während</p>

<p>planung gewährleistet wird. [...]</p>	<p>des Sterbeprozesses unter möglicher Hinzuziehung der Angehörigen und anderer Vertrauenspersonen aufzeigen. Durch Abstimmung und Kooperation mit den umliegenden regionalen Versorgungsangeboten ist sicherzustellen, dass eine umfassende medizinische, pflegerische und hospizliche Betreuung entsprechend der individuellen Versorgungsplanung gewährleistet wird. [...]</p>
<p>9. Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern</p>	<p>9. Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern</p>
<p>Zur Förderung von Palliativstationen wird die Option zur Verhandlung von krankenhausesindividuellen Entgelten anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten gestärkt. Dazu wird für besondere Einrichtungen gesetzlich eine einseitige Erklärung des Krankenhauses auf Ausnahme von der DRG-Vergütung ermöglicht. Diese Regelung ersetzt die in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen bereits vorgesehene schiedsstellenfähige Vereinbarungslösung, besondere Einrichtungen auf Antrag der Krankenhäuser aus der Anwendung der DRG- Vergütung auszunehmen.</p>	<p>Zur Förderung von Palliativstationen wird die Option zur Verhandlung von krankenhausesindividuellen Entgelten anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten gestärkt. Dazu wird für besondere Einrichtungen gesetzlich eine einseitige Erklärung des Krankenhauses auf Ausnahme von der DRG-Vergütung ermöglicht. Diese Regelung ersetzt die in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen bereits vorgesehene schiedsstellenfähige Vereinbarungslösung, besondere Einrichtungen auf Antrag der Krankenhäuser aus der Anwendung der DRG- Vergütung auszunehmen.</p> <p>Außerdem sollen Krankenhäuser mit und ohne Palliativstationen palliativpflegerische und palliativmedizinische Kompetenz in Form eines palliativen Konsiliardienstes für alle stationären Patienten vorhalten.</p>
<p>[...]</p>	<p>[...]</p>

B. Besonderer Teil

Originaltext des Referentenentwurfs HPG	Empfehlung der Deutschen PalliativStiftung
Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)	Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)
[...]	[...]
Zu Nummer 2 (§ 39a) Zu Buchstabe a)	Zu Nummer 2 (§ 39a) Zu Buchstabe a)
[...]	[...]
<p>Darüber hinaus wird die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize insgesamt verbessert, indem die Krankenkassen künftig bei Hospizen für Erwachsene 95 statt bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten tragen. Leistungen der Pflegeversicherung werden wie bisher angerechnet</p>	<p>Darüber hinaus wird die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize insgesamt verbessert, indem die Krankenkassen künftig bei Hospizen für Erwachsene 95 statt bisher 90 100 Prozent der zuschussfähigen Kosten tragen. Leistungen der Pflegeversicherung werden wie bisher angerechnet</p>
<p>Darüber hinaus wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Kinder in der hospizlichen und palliativen Versorgung besondere Bedürfnisse haben. So kann die Betreuung von Kindern in stationären Hospizen aus verschiedenen Gründen länger dauern und häufiger spezifisch altersbedingte Maßnahmen und Vorkehrungen erfordern als bei Erwachsenen. Dazu zählt insbesondere die Einbindung der Familienangehörigen einschließlich der Geschwister in die Kinderbetreuung. Dem trägt die geltende Rahmenvereinbarung, an deren Erstellung die für die Interessen der Kinderhospize maßgeblichen Verbände mit beteiligt waren, zwar bereits an verschiedenen Stellen Rechnung. Um den Besonderheiten im Versorgungsauftrag der Kinderhospize gerecht zu werden, können die genannten Partner der Rahmenempfehlung jedoch auch eine gesonderte Vereinbarung speziell für die Kindesversorgung abschließen. Ob die Partner der Rahmenvereinbarung von dieser</p>	<p>Darüber hinaus wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Kinder in der hospizlichen und palliativen Versorgung besondere Bedürfnisse haben. So kann die Betreuung von Kindern in stationären Hospizen aus verschiedenen Gründen länger dauern und häufiger spezifisch altersbedingte Maßnahmen und Vorkehrungen erfordern als bei Erwachsenen. Dazu zählt insbesondere die Einbindung der Familienangehörigen einschließlich der Geschwister in die Kinderbetreuung. Dem trägt die geltende Rahmenvereinbarung, an deren Erstellung die für die Interessen der Kinderhospize maßgeblichen Verbände mit beteiligt waren, zwar bereits an verschiedenen Stellen Rechnung. Um den Besonderheiten im Versorgungsauftrag der Kinderhospize gerecht zu werden, können die genannten Partner der Rahmenempfehlung jedoch auch eine gesonderte Vereinbarung speziell für die Kindesversorgung abschließen. Ob die Partner der Rahmenvereinbarung von dieser</p>

<p>Möglichkeit Gebrauch machen, soll deren gemeinsamer Einschätzung darüber überlassen bleiben, ob und in welchem Ausmaß eine gesonderte Regelung zu den genannten Spezifika zweckmäßig ist.</p>	<p>Möglichkeit Gebrauch machen, soll deren gemeinsamer Einschätzung darüber überlassen bleiben, ob und in welchem Ausmaß eine gesonderte Regelung zu den genannten Spezifika zweckmäßig ist. Durch die Einführung eines gesetzlichen Schiedsverfahrens werden Vereinbarungen auch in streitigen Vertragsverhandlungen erleichtert und im Konfliktfall zeitnahe Lösungen ermöglicht.</p>
<p>[...]</p>	<p>[...]</p>
<p>Zu Nummer 3 (§ 39b)</p>	<p>Zu Nummer 3 (§ 39b)</p>
<p>Versicherte wissen häufig zu wenig über die Beratungs- und Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung. Versicherte erhalten daher einen Anspruch gegen die Krankenkassen auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung einschließlich eines Überblicks über die regional verfügbaren Anbieter und Ansprechpartner. Dazu gehören insbesondere Hausärzte und andere vertragsärztliche Leistungserbringer mit palliativmedizinischer Qualifikation, Anbieter der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (z.B. SAPV-Teams), ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize, Palliativ- und Hospizstationen in Krankenhäusern, palliativ spezialisierte Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sowie außerhalb des Anwendungsbereich dieses Buches handelnde Akteure wie z.B. kommunale Servicestellen. Die Krankenkassen sollen auch über die von ihnen abgeschlossenen besonderen Verträge zur Palliativversorgung informieren. Die Beratung ist ggf. mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und anderen Beratungsangeboten abzustimmen, die der Versicherte bereits in Anspruch genommen hat. Es ist zu gewährleisten, dass alle Versicherten ausreichende Informationen über die Hilfen und</p>	<p>Versicherte wissen häufig zu wenig über die Beratungs- und Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung. Versicherte erhalten daher einen Anspruch gegen die Kranken- und Pflegekassen auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung einschließlich eines Überblicks über die regional verfügbaren Anbieter und Ansprechpartner. Dazu gehören insbesondere Hausärzte und andere vertragsärztliche Leistungserbringer mit palliativmedizinischer Qualifikation, Anbieter der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (z.B. SAPV-Teams), ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize, Palliativ- und Hospizstationen in Krankenhäusern, palliativ spezialisierte Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sowie außerhalb des Anwendungsbereich dieses Buches handelnde Akteure wie z.B. kommunale Servicestellen. Die Kranken- und Pflegekassen sollen müssen auch insbesondere über die von ihnen oder anderen Krankenkassen abgeschlossenen besonderen Verträge zur Palliativversorgung informieren. Die Beratung ist ggf. mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und anderen Beratungsangeboten abzustimmen, die der Versicherte bereits in Anspruch genommen hat.</p>

Versorgungsangebote erhalten, die sie für ihre letzte Lebensphase wünschen und benötigen.	Es ist zu gewährleisten, dass alle Versicherten ausreichende Informationen über die Hilfen und Versorgungsangebote erhalten, die sie in schwerer Krankheit oder für ihre letzte Lebensphase wünschen und benötigen.
[...]	[...]
Zu Nummer 5 (§ 87) Zu Buchstabe a	Zu Nummer 5 (§ 87) Zu Buchstabe a
[...]	[...]
Zudem sind Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität (z.B. durch Erhebung von Qualitätsindikatoren) zu vereinbaren. Hierzu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrer "Vertragswerkstatt" bereits konkrete Ansätze zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen entwickelt; auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sieht in ihrem Strukturvertrag bestimmte Qualitätsindikatoren vor.	Zudem sind Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität (z.B. durch Erhebung von Qualitätsindikatoren) zu vereinbaren. Zu beachten ist hierbei stets, dass es sich bei der SAPV im Sinne der Richtlinie um eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Leistung hauptamtlicher SAPV-Teams handeln soll. Hierzu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrer "Vertragswerkstatt" bereits konkrete Ansätze zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen entwickelt; auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sieht in ihrem Strukturvertrag bestimmte Qualitätsindikatoren vor.
[...]	[...]
Zu Nummer 9 (§ 132d) Zu Buchstabe a)	Zu Nummer 9 (§ 132d) Zu Buchstabe a)
[...]	[...]
Der Absatz wird daher um ein Schiedsverfahren ergänzt, das dazu beitragen soll, Vertragsabschlüsse zu beschleunigen. Vorgesehen ist danach, dass sich die Vertragsparteien im Falle einer Nichteinigung zunächst auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen haben, die den Inhalt des Vertrages festzulegen hat. Können sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson einigen, ist es Aufgabe der für die vertragsschließende Krankenkasse zu-	Der Absatz wird daher um ein Schiedsverfahren ergänzt, das dazu beitragen soll, Vertragsabschlüsse zu beschleunigen. Vorgesehen ist danach, dass sich die Vertragsparteien im Falle einer Nichteinigung zunächst auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen haben, die den Inhalt des Vertrages festzulegen hat. Können sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson einigen, ist es Aufgabe der für die vertragsschließende Krankenkasse zu-

<p>ständigen Aufsichtsbehörde, die Schiedsperson zu bestimmen. Die Kosten des Schiedsverfahrens sind von den Vertragsparteien zu gleichen Teilen zu tragen.</p>	<p>ständigen Aufsichtsbehörde, die Schiedsperson zu bestimmen. Die Kosten des Schiedsverfahrens sind von den Vertragsparteien zu gleichen Teilen zu tragen.</p>
---	--

<p>Zu Buchstabe b)</p>	<p>Zu Buchstabe b)</p>
<p>Der neue Absatz 3 erhöht die Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner. Bereits vor der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gab es gute Initiativen für eine vernetzte Palliativversorgung in Selektivverträgen. Um deren Bestand zu sichern und Schnittstellen zwischen spezialisierter und allgemeiner ambulanter Palliativversorgung zu überwinden, wird klargestellt, dass spezialisierte und allgemeine ambulante Palliativversorgung auch in selektivvertraglichen Versorgungsformen zusammen geregelt werden können. Dies erhöht zudem die Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner.</p> <p>Die Anforderungen insbesondere qualitativer Art, die im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gelten, sind grundsätzlich auch dann zu beachten, wenn die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemeinsam mit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in einem Selektivvertrag erbracht wird. Abweichungen sind dann möglich, wenn die Eigenart der Versorgung, insbesondere der Umstand, dass die Leistungen der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung schnittstellenübergreifend zusammen erbracht werden, dies erfordert. Wichtig ist vor allem, dass auch in den Fällen, in denen die palliative Versorgung im Rahmen eines der genannten Verträge organisiert wird, eine enge Kooperation aller am Leistungsgeschehen Beteiligten sichergestellt und eine Teamstruktur der Akteure gewährleistet</p>	<p>Der neue Absatz 3 erhöht die Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner. Bereits vor der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gab es gute Initiativen für eine vernetzte Palliativversorgung in Selektivverträgen. Um deren Bestand zu sichern und Schnittstellen zwischen spezialisierter und allgemeiner ambulanter Palliativversorgung zu überwinden, wird klargestellt, dass spezialisierte und allgemeine ambulante Palliativversorgung auch in selektivvertraglichen Versorgungsformen zusammen geregelt werden können. Dies erhöht zudem die Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner.</p> <p>Die Anforderungen insbesondere qualitativer Art, die im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gelten, sind grundsätzlich auch dann zu beachten, wenn die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemeinsam mit der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in einem Selektivvertrag erbracht wird. Abweichungen sind dann möglich, wenn die Eigenart der Versorgung, insbesondere der Umstand, dass die Leistungen der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung schnittstellenübergreifend zusammen erbracht werden, dies erfordert. Wichtig ist vor allem, dass auch in den Fällen, in denen die palliative Versorgung im Rahmen eines der genannten Verträge organisiert wird, eine enge Kooperation aller am Leistungsgeschehen Beteiligten sichergestellt und eine Teamstruktur der Akteure gewährleistet</p>

ist.	ist.
Zu Nummer 10 (§ 132f) Zu Absatz 1	Zu Nummer 10 (§ 132f) Zu Absatz 1
[...]	[...]
<p>Absatz 1 gibt den Rahmen für den von den Vertragspartnern nach Absatz 2 zu konkretisierenden Leistungsinhalt vor. Das Beratungsangebot der Pflegeeinrichtung soll nicht lediglich allgemein die gesetzlichen Ansprüche behandeln, die den Versicherten zustehen. Eine hierauf ausgerichtete Beratung wird bereits nach dem neuen § 39b durch die Krankenkassen gewährleistet. Das Angebot einer „gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende“ soll die Versicherten im Rahmen einer individuellen Beratung und Fallbesprechung vielmehr dazu anleiten, Vorstellungen über die medizinischen Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Maßnahmen für die letzte Lebensphase zu entwickeln. Hierzu zählt z.B. auch die Beratung über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Therapieverzichts. Angehörige und Vertrauenspersonen sind auf Wunsch der Versicherten in den Beratungsprozess einzubeziehen.</p>	<p>Absatz 1 gibt den Rahmen für den von den Vertragspartnern nach Absatz 2 zu konkretisierenden Leistungsinhalt vor. Das Beratungsangebot der Pflegeeinrichtung soll nicht lediglich allgemein die gesetzlichen Ansprüche behandeln, die den Versicherten zustehen. Eine hierauf ausgerichtete Beratung wird bereits nach dem neuen § 39b durch die Krankenkassen gewährleistet. Das Angebot einer vo-rausschauenden Vorsorgeplanung im Sinne von „Advance Care Planning“ die multiprofessionell ausgerichtet sein muss und „gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende“ soll die Versicherten im Rahmen einer individuellen Beratung und Fallbesprechung vielmehr dazu anleiten, Vorstellungen über die medizinischen und pflegerischen Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer und pflegerischer Interventionen sowie palliativmedizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnahmen für die letzte Lebensphase zu entwickeln. Hierzu zählt z.B. auch die Beratung über die Möglichkeiten und Konsequenzen eines Therapieverzichts, bzw. der Neuausrichtung des Therapiezieles. Angehörige und Vertrauenspersonen sind auf Wunsch der Versicherten in den Beratungsprozess einzubeziehen.</p>
[...]	[...]
Zu Absatz 2	Zu Absatz 2
Die inhaltlichen Einzelheiten des Beratungsangebots sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu vereinbaren. Neben einer weiteren Konkretisierung des Leis-	Die inhaltlichen Einzelheiten des Beratungsangebots sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu vereinbaren. Neben einer weiteren Konkretisierung des Leis-

<p>tungsinhaltes sind in den Vereinbarungen auch Regelungen zu den qualitativen Anforderungen an das Beratungsgespräch und die Fallbesprechung sowie die Qualifikation der am Beratungsprozess beteiligten Fachkräfte vorzunehmen. Alle am Beratungsprozess beteiligten Fachkräfte – einschließlich der beteiligten Ärztinnen und Ärzte – sollten über eine hinreichende Erfahrung und Qualifikation in der palliativen und hospizlichen Versorgung verfügen. Zu den Vereinbarungen gehören auch die Anforderungen an die Dokumentation der Beratung und der von der oder dem Versicherten geäußerten Vorstellungen und Wünsche über die Versorgung am Lebensende.</p>	<p>tungsinhaltes sind in den Vereinbarungen auch Regelungen zu den qualitativen Anforderungen an das Beratungsgespräch und die Fallbesprechung sowie die Qualifikation der am Beratungsprozess beteiligten Fachkräfte vorzunehmen. Alle am Beratungsprozess beteiligten Fachkräfte – einschließlich der beteiligten Ärztinnen und Ärzte – sollten über eine hinreichende Erfahrung und Qualifikation in der palliativen und hospizlichen Versorgung verfügen. Zu den Vereinbarungen gehören auch die Anforderungen an die Dokumentation der Beratung und der von der oder dem Versicherten geäußerten Vorstellungen und Wünsche über die Versorgung am Lebensende.</p>
<p>[...]</p>	<p>[...]</p>
<p>Zu Nummer 3 (§ 114)</p>	<p>Zu Nummer 3 (§ 114)</p>
<p>Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz eine wichtige Voraussetzung, um ihre Aufgaben im Rahmen einer qualifizierten Sterbebegleitung – deren Bedeutung durch die Ergänzungen in den §§ 28 und 75 SGB XI betont wird – zu erfüllen. Sie schließt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten ein, geht aber auch darüber hinaus, indem sie etwa ambulante Hospizdienste einbezieht. Die für vollstationäre Pflegeeinrichtungen hier ab dem 1. Juli 2016 eingeführte Informationspflicht ist dabei komplementär zu der in § 39a SGB V getroffenen Regelung, in den Rahmenvereinbarungen zu ambulanter Hospizarbeit die ambulante Hospizarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen. Relevante Änderungen bezüglich der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz sind den Landesverbänden der Pflegekassen im Hinblick auf deren Informationspflicht nach § 115 Absatz 1b innerhalb von vier Wochen zu übermitteln.</p>	<p>Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist die Zusammenarbeit mit einem Palliative Care Team oder Hospiz- und Palliativnetz eine wichtige Voraussetzung, um ihre Aufgaben im Rahmen einer qualifizierten Sterbebegleitung – deren Bedeutung durch die Ergänzungen in den §§ 28 und 75 SGB XI betont wird – zu erfüllen. Sie schließt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten ein, geht aber auch darüber hinaus, indem sie etwa ambulante Hospizdienste einbezieht. Die für vollstationäre Pflegeeinrichtungen hier ab dem 1. Juli 2016 eingeführte Informationspflicht ist dabei komplementär zu der in § 39a SGB V getroffenen Regelung, in den Rahmenvereinbarungen zu ambulanter Hospizarbeit die ambulante Hospizarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen. Relevante Änderungen bezüglich der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz sind den Landesverbänden der Pflegekassen im Hinblick auf deren Informationspflicht nach § 115 Absatz 1b innerhalb von vier Wochen zu übermitteln.</p>

[...]	[...]
-------	-------

IV. Ergänzende Bemerkungen der Deutsche PalliativStiftung

Die Vorschläge der Deutschen PalliativStiftung, die allgemeine ambulante Palliativversorgung im Rahmen des Entwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) zu verbessern erfordern zuallererst eine nachvollziehbare Begründung durch allgemeine und spezifische Argumente für jedes einzelne Leistungselement, welches in die Versorgung auf Basis des SGB V eingeführt werden soll.

Dies ist notwendig, weil eine gesetzliche Festlegung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zunächst als nicht erforderlich angesehen werden könnte. Eine solche Haltung könnte darin begründet sein, dass der Deutsche Bundestag mit der Einführung der SAPV im Jahr 2007 zunächst richtig gehandelt hatte und den Empfehlungen des EU-Ministerratskomitees von 2003 ausreichend gefolgt war. Diese Empfehlungen haben bekanntlich die „**Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung**“¹² zum Ziel.

Dabei ist bemerkenswert, dass der EU-Ministerrat im Jahr 2003 bei der der spezialisierten Versorgung von Palliativpatienten von Diensten ausgegangen ist, deren Haupttätigkeit in der Palliativversorgung liegt (siehe Punkt 53. der o.g. Empfehlung)¹³:

*Neben einem **palliativmedizinischen Ansatz**, dank dessen alle im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte mit den grundlegenden palliativmedizinischen Prinzipien vertraut sein sollten und diese angemessen in die Praxis umsetzen können, ist als*

***allgemeine Palliativversorgung** anerkannt, dass einige im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte, obwohl sie nicht ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich arbeiten, Fortbildungen absolviert und Kenntnisse in diesem Bereich haben. Der Ausdruck „allgemeine Palliativversorgung“ wird zur Bezeichnung der Tätigkeit dieses Personals verwendet.*

*Die **spezialisierte Palliativversorgung** bezeichnet solche Dienste, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht. Diese Dienste betreuen in der Regel ein Patientengut mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen und benötigen daher ein höheres Maß an Ausbildung, Personal und anderen Ressourcen.*

Der Bundesgesetzgeber hat dies dem Grundsatz nach aufgenommen und 2007 die Organisation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch Palliative-Care-Teams (PCT), bzw. SAPV-Teams in der Gesetzesbegründung mehrfach betont. Dies ist allerdings noch nicht in allen Bundesländern so umgesetzt worden.

2007 *nicht* ins Gesetz aufgenommen wurde jedoch die Strukturierung der allgemeinen palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, weil hier davon ausgegangen wurde, dass diese durch die Regelversorgung und im Rahmen der dort bereits geregelten Fortbildungsverpflichtung voll umfänglich realisiert sei und es deswegen keiner weiteren gesetzlichen Regelung bedürfe.

¹² Council of Europe (12.11.2003): Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung. Verabschiedet durch das Ministerkomitee am 12. November 2003 bei der 860sten Versammlung der Ständigen Vertreter der Außenminister, S. 87.

¹³ Ebenda: Der genaue Wortlaut ist der Empfehlung selbst zu entnehmen. Eine genauere Differenzierung dieser Dreistufigkeit mit dem Unterschied von nicht-spezialisierten und spezialisierten Einrichtungen findet sich ab Ziffer 71 ff.

Dies hat der Bundesgesetzgeber 2007 in seiner Gesetzesbegründung zur SAPV klar formuliert: Versicherte, die den besonderen Bedarf an SAPV nicht aufweisen, werden weiter im Rahmen der derzeitigen Strukturen versorgt¹⁴. Sollten Lücken zwischen der SAPV und den bestehenden Strukturen identifiziert werden, muss zunächst analysiert werden, ob dies an Mängeln der bestehenden Strukturen oder der im jeweiligen Bundesland betriebenen Umsetzung der SAPV in Relation zur Regelversorgung liegt, um dann Abhilfe innerhalb der bestehenden Regelungen zu schaffen. Auf alle Fälle vom Gesetzgeber klargestellt wurde, dass die SAPV stets dann verfügbar sein muss, wenn die bestehenden Strukturen ihre Grenzen erreichen.

Die gegenwärtige Vielfalt in der Praxis der allgemeinen wie spezialisierten Palliativversorgung zeigt auf, dass nach Einführung der SAPV im Jahr 2007 auch weiterhin keine zielgerichtete, bundesweite Ausgestaltung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und keine reibungsarme Organisation der Übergänge der Regelversorgung zur SAPV durch die auf Bundesebene verantwortlichen Zuständigen auf Seiten von Kostenträgern wie Leistungserbringern erfolgt sind, obwohl dies erklärtes Ziel der Einführung der SAPV war¹⁵.

Um diesen offensichtlichen Missetand zu beseitigen und um die ambulante Palliativversorgung im Interesse der Versicherten weiterzuentwickeln, empfiehlt die Deutsche PalliativStiftung die Vornahme einiger gesetzlicher Anpassungen als Teil des anvisierten Hospiz- und Palliativgesetzes. Damit würde die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender verbessert und der Selbstverwaltung die Möglichkeit gegeben, die bestehende Versorgung zu verbessern.

Definitionsschwierigkeiten für ergänzende gesetzliche Regelungen zur Allgemeinen ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die o. a. Empfehlungen des EU-Ministerratskomitees von 2003 haben bezüglich der AAPV unter Ziffer 53. in unmissverständlicher Klarheit dargelegt, dass unter der Vorstellung einer verfügbaren Allgemeinen Palliativversorgung

„einige im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte, obwohl sie nicht ausschließlich im palliativmedizinischen Bereich arbeiten, Fortbildungen absolviert und Kenntnisse in diesem Bereich haben“.

Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass dies der in Deutschland bestehenden berufsrechtlichen Verpflichtung, sich berufsbegleitend fortzubilden, entsprechen würde. Genau genommen wird aus Sicht der Deutschen PalliativStiftung jedoch mit der bestehenden allgemeinen Fortbildungsverpflichtung nur der grundsätzlichen Forderung in Ziffer 53., alle im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte – somit auch die Ärzte – sollten mit grundlegenden palliativmedizinischen Prinzipien vertraut sein und diese in der Praxis umsetzen können, bereits Genüge getan. Inwieweit eine darüber hinaus gehende und besondere zu fordernde Qualifikation für die allgemeine Palliativversorgung durch Hausärzte gefordert werden darf, ist aus den Empfehlungen alleine nicht zwingend abzuleiten, jedoch innerhalb der Fachkreise in intensiver und kontroverser Diskussion¹⁶.

U.a. aus der Wahrnehmung dieses bereits beschriebenen Defizits heraus haben die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband

¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Referentenentwurf. Berlin, S. 276, S. 370 f.

¹⁵ ebenda, S. 238

¹⁶ So werden bspw. vonseiten der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin Anstrengungen unternommen, palliativmedizinische Inhalte systematisch zu lehren.

(DHPV) mit den aus ihrer Sicht nachvollziehbaren guten Gründen eine Eigendefinition der AAPV, wie sie im Arbeitspapier mit Stand 23.04.2013¹⁷ ausformuliert ist, vorgenommen. Diese wird als wegbereitend für den hier gemachten Vorschlag für gesetzliche Regelungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung angesehen. Hierbei ging die Vision dieses verbandlichen Arbeitspapiers von einer Entwicklung analog der in Nordrhein aus, die u.a. sowohl durch erhebliches ehrenamtliches Engagement und den Zeitverlauf von Jahren geprägt war als auch eine erhebliche Unterstützung durch die Landesregierung und Gesetzliche Krankenkassen erfuhr, was durch ein Bundesgesetz nicht ohne Weiteres auf die anderen Bundesländer übertragbar erscheint.

¹⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband (Hg.) (2013): Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) - Stand 23.04.2013. Berlin. Online verfügbar unter http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20130422_Arbeitspapier_DGP_DHPV.pdf.