

**Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum Referentenentwurf eines**

**Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und**  
**Palliativversorgung in Deutschland**

**(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)**

8. April 2015

## I. Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf soll eine gezielte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland angestrebt werden. Schwerpunkte bilden dabei insbesondere die Bereiche der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, die Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie hospizliche Versorgung (ambulant und stationär). Die mit dem Gesetz verfolgten Ansätze werden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ausdrücklich begrüßt, weil damit notwendige Versorgungsangebote für diese im besonderen Maße betroffenen Menschen auf nachhaltigere und verlässlichere Grundlagen gestellt werden. Nach der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird damit ein nächster wichtiger Meilenstein in der Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten schwerkranker und sterbender Menschen gesetzt. Der besondere Stellenwert der SAPV, die zwischenzeitlich eine wichtige Rolle in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung eingenommen hat, wird im vorliegenden Gesetzesentwurf zudem nochmals betont.

Wenngleich im Referentenentwurf in vielen Punkten primär auf die Versorgung außerhalb des Krankenhausbereiches fokussiert wird, ist mit der Einführung der Möglichkeit, dass stationäre Palliativeinrichtungen gegenüber Kostenträgern einseitig erklären können, krankenhausespezifische Entgelte als besondere Einrichtung vereinbaren zu wollen, ein sehr wichtiger Aspekt der stationären palliativmedizinischen Krankenhausversorgung aufgegriffen worden. Die Einführung dieser Regelung wird aus Sicht der Krankenhäuser ausdrücklich begrüßt.

Im Gesetzesentwurf wird wiederholt die Bedeutung der Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer in diesem Versorgungsbereich betont. Vor dem Hintergrund, dass Krankenhäuser und hier insbesondere jene mit eigenen Palliativstationen wichtige Kristallisationspunkte in solchen Netzwerken darstellen, sind die damit verbundenen Regelungen insofern auch für Krankenhäuser von besonderer Relevanz. Die Perspektive der Krankenhäuser ist daher bei den Regelungen zu netzwerklichen Strukturen zu berücksichtigen.

Positiv ist zudem festzustellen, dass die vorgesehenen Regelungen, den jeweiligen Einrichtungen, die an der Versorgung beteiligt sind, genügend Gestaltungsspielräume belassen, um den besonderen Umständen palliativer Versorgungssituationen Rechnung tragen zu können. Kaum ein anderer Bereich ist von gleicher multiprofessioneller Komplexität und zusätzlicher Verknüpfung mit ehrenamtlichen Strukturen gekennzeichnet, wie die palliative Versorgung. Will man die bereits beteiligten Akteure und gewachsenen Strukturen bei der Umsetzung mitnehmen, bedarf es eben dieser Gestaltungsspielräume.

Kritisch anzumerken ist, dass der Gesetzesentwurf in seiner jetzigen Form Chancen auslässt, die besonderen Kompetenzen der Krankenhäuser im palliativmedizinischen Bereich auch in der ambulanten Versorgung besser nutzbar zu machen. Dies könnte aus Sicht der DKG insbesondere dadurch geschehen, dass Krankenhäusern mit sta-

tionärer Palliativstation die Errichtung palliativmedizinischer Institutsambulanzen zur ambulanten Versorgung ermöglicht wird. Auch sollte die palliativmedizinische Leistungserbringung im Zusammenhang mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V entsprechende gesetzliche Verankerung erfahren.

## II. Besonderer Teil

### Zu Artikel 1 Nr. 5: § 87 Abs. 1b SGB V – neu

#### **Vereinbarung zu den Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung im Bundesmantelvertrag**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es ist vorgesehen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung vereinbaren. Aufgrund dieser Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen in der Folge zu überprüfen und anzupassen. In der genannten Vereinbarung sollen unter anderem Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierenden palliativmedizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen sowie Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie aktive Kooperationen mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen näher geregelt werden. Vor Abschluss dieser Vereinbarung ist der Bundesärztekammer Gelegenheit zu einer Stellungnahme zu geben, welche in den Entscheidungsprozess einzubeziehen ist.

#### **Stellungnahme**

Die vorgeschlagene Regelung wird dem Grunde nach begrüßt. Vor dem Hintergrund jedoch, dass auch koordinierende Aspekte der Versorgung sowie die Strukturierung von Versorgungsabläufen und die aktive Kooperation mit weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern Inhalt dieser Regelungen sein soll und damit auch Krankenhäuser von solchen Regelungen tangiert sein können, halten wir es für notwendig, dass neben der Bundesärztekammer auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Gelegenheit zur Stellungnahme erhält.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 87 Abs. 1b Satz 3 SGB V – neu wird wie folgt ergänzt:

*„(3) Der Bundesärztekammer **und der Deutschen Krankenhausgesellschaft** ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“*

## **Zu Artikel 1 Nr. 9 b): § 132d Absatz 3 SGB V – neu** **Vertragliche Grundlagen ambulanter und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Durch diese Regelung sollen Krankenkassen nun eine explizite gesetzliche Grundlage erhalten, Verträge für die ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a SGB V abschließen zu können.

### **Stellungnahme**

Es ist gut nachvollziehbar, dass eine allgemeine ambulante Palliativversorgung auch unter den Rahmenbedingungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ermöglicht werden soll. Den Einbezug der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in diese vertraglichen Möglichkeiten halten wir dagegen nicht für zielführend. Bei der SAPV handelt es sich nach unserem Verständnis um ein fachlich spezialisiertes Versorgungsangebot, welches über das einer hausärztlichen Versorgung deutlich hinausgeht. Der Aufbau der SAPV als ein in seiner Konzeption neues Versorgungsangebot hat sich zudem nach einer mühevollen Aufbauphase gerade erst etabliert. Wesentliche Grundlage der Umsetzung stellen Verträge auf Grundlage von § 132d SGB V dar. Diese ermöglichen Krankenkassen und Leistungserbringern über alle relevanten Punkte der Versorgung bedarfsgerechte Regelungen zu treffen. Es ist nicht erkennbar, dass es vor diesem Hintergrund weiterer gesetzlicher Vertragsgrundlagen für Verträge zur SAPV bedarf. Vielmehr bestünde die Gefahr, dass das Leistungsgeschehen zur SAPV intransparenter werden würde und einzelne, der gerade erst gebildeten SAPV-Versorgungsstrukturen durch Wechsel der Krankenkassen in andere Vertragskonstrukte in ihrer Existenz gefährdet werden. Auch aus diesen Gründen sollte der Bereich der SAPV aus dieser neuen Regelung herausgenommen werden.

### **Änderungsvorschlag**

§ 132d Abs. 3 SGB V – neu wird wie folgt formuliert:

*„(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 Abs. 3** und § 92 Abs. 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.“*

## **Zu Artikel 4: § 17b Absatz Satz 15 KHG – neu**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Palliativstationen oder -einheiten wird durch eine Anpassung des § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbaren möchten. Diese Regelung soll für Palliativstationen oder -einheiten die in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen vorgesehene Vereinbarungslösung ersetzen. Damit können Krankenhäuser zukünftig dauerhaft eigenständig entscheiden, ob sie die Palliativstationen oder -einheiten über bundesweit kalkulierte Entgelte oder über krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte abrechnen wollen. Können sich die Vertragsparteien vor Ort nicht über die Höhe der krankenhausesindividuellen Entgelte einigen, ist wie bisher die Schiedsstelle anrufbar.

### **Stellungnahme**

Mit der Neuregelung wird sichergestellt, dass die Anerkennung von Palliativstationen als besondere Einrichtungen in den Budgetverhandlungen von den Kostenträgern nicht in Frage gestellt werden kann. Den personal- und zuwendungsintensiven Aspekten der Versorgung auf Palliativstationen und insbesondere der nicht vorbestimmbaren Dauer des Aufenthaltes wird damit Rechnung getragen.

Die DKG regt an, auch die definitorische Festlegung aus der VBE gesetzlich zu verankern. In der VBE wird eine Palliativstation oder –einheit als besondere Einrichtung definiert, wenn diese räumlich und organisatorisch abgegrenzt ist und über mindestens fünf Betten verfügt. Hiermit würde eine bewährte Definition ins Gesetz übernommen und könnte nicht mehr im Rahmen der VBE jährlich neu von den Kostenträgern infrage gestellt werden. Dies würde die Planungssicherheit für die Krankenhäuser erhöhen.

### **Änderungsvorschlag:**

Ergänzend zu der vorgesehenen Anpassung in § 17b Abs. 1 Satz 15 könnte zusätzlich formuliert werden, dass *bei Palliativstationen oder –einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, für die Ausnahme ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend sei.*

### **III. Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf**

#### **1. Palliativmedizinische Institutsambulanzen**

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf werden zur Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung richtigerweise die Kompetenzen und Versorgungsmöglichkeiten der hausärztlichen Versorgung gestärkt. Gleichwohl dürfte schon jetzt absehbar sein, dass der Aufbau eines verbesserten Versorgungsangebotes an dieser Stelle erhebliche Zeit in Anspruch nehmen wird und zudem damit gerechnet werden darf, dass ein ausreichendes flächendeckendes Angebot allein auf dieser Grundlage wahrscheinlich nicht zu realisieren ist. Um die Entwicklungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Sinne der Patienten zu fördern, schlagen wir daher vor, dass im vorliegenden Gesetzesentwurf auch eine Regelung aufgenommen wird, die es Krankenhäuser mit stationären Palliativstationen ermöglicht, in Form einer palliativmedizinischen Institutsambulanz ambulante palliativmedizinische Leistungen zu erbringen. Solche Institutsambulanzen könnten ihre Versorgungsschwerpunkte ergänzend zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne einer allgemeinen Versorgung ausbilden.

#### **2. Erweiterung palliativmedizinischer Versorgungsmöglichkeiten im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V**

Die bisherigen Beschlüsse des G-BA zu den onkologischen Indikationen sehen nur sehr eingeschränkte palliativmedizinische Versorgungsmöglichkeiten in der ASV vor. Dies ist umso unverständlicher, als gerade in der ASV vermehrt Patienten in fortgeschrittenen nicht selten palliativen Stadien ihrer Erkrankung versorgt werden müssen. Es sollte daher kraft Gesetzes sichergestellt werden, dass ASV-Teams palliativmedizinische Versorgung immer mindestens in dem Umfang erbringen können, wie es Vertragsärzten auf Grundlage des hier vorliegenden Gesetzes sowie weiterer Regelungen (z. B. Onkologie-Vereinbarung des Bundemantelvertrages) ermöglicht wird. Durch eine solche Klarstellung wäre die Berücksichtigung dieser Leistungen in den Richtlinien-Beschlüssen des G-BA sichergestellt.