

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

A. Problem und Ziel

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.

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.

In stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, in denen viele Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, gilt es, die Hospizkultur und Palliativversorgung insgesamt weiterzuentwickeln.

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

- in strukturschwachen und ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen,
- die Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung in der Regelversorgung sicherzustellen,
- die allgemeine ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken,
- die Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize zu verbessern,

- die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken und Kooperationen mit regionalen Versorgern zu fördern sowie
- die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren.

B. Lösung

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:

- 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.
- Die Bedeutung der häuslichen Krankenpflege für die allgemeine ambulante Palliativversorgung wird herausgestellt, indem der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhält, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die behandlungspflegerischen Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege näher zu konkretisieren.
- 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.
- 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 künftig regelmäßig zu überprüfen und unter Berücksichtigung der besonderen Aufgaben in der hospizlichen Palliativversorgung weiterzuentwickeln. Für Kinderhospize sind eigene Rahmenvereinbarungen möglich.
- 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 stär-

ker zu berücksichtigen. Die Rahmenvereinbarung ist auch hier künftig regelmäßig anzupassen.

- 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 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 Informationspflichten zur Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen erweitert.
- 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.
- 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.
- Stationären Palliativeinrichtungen wird gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtung vereinbaren möchten.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Der Gesetzesentwurf führt zu folgenden jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung:

Die Erhöhung des Mindestzuschusses für stationäre Hospize auf neun Prozent der maßgeblichen Bezugsgröße ergibt Mehrausgaben von etwa dreizehn Millionen Euro; die Erhöhung des Zuschusses zu den zuschussfähigen Kosten für stationäre Hospize ergibt etwa vier Millionen Euro.

Die zusätzliche vertragsärztliche Vergütung kann abhängig von den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zu folgenden jährlichen Mehrausgaben führen: für die Förderung der vertragsärztlichen Qualifikation in der Palliativversorgung, der interprofessionellen Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie

der aktiven Kooperation zu einem unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrag; für die Stärkung der kooperativen und koordinierten vertragsärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu einem mittleren bis höheren zweistelligen Millionenbetrag; für die vertragsärztliche Beteiligung an der Versorgungsplanung zum Lebensende in Pflegeeinrichtungen zu einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag.

Die Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege und die Förderung der Verträge zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung führen zu Mehrausgaben in diesen Leistungsbereichen. Da diese von den jeweiligen Festlegungen der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. vom zukünftigen Verordnungs- und Vertragsgeschehen abhängen, sind diese Mehrausgaben derzeit nicht konkret quantifizierbar.

Stellt die Hälfte der vollstationäre Pflegeeinrichtungen Beratungsangebote zur Versorgungsplanung am Lebensende bereit, kann von Mehrausgaben für die Einrichtungen in Höhe eines unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrages ausgegangen werden. Bei Ausbau des Angebots in den Folgejahren ist von einer Verdoppelung auszugehen.

Den genannten Mehrausgaben können Minderausgaben aufgrund einer verbesserten Koordinierung der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung gegenüberstehen. Das betrifft etwa die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und Krankentransporte, unnötiger Mehrfachmedikation oder Doppeluntersuchungen. Diese Effekte sind allerdings mittelbarer Natur und nicht konkret quantifizierbar.

Ob und inwieweit durch die gestärkte Option zur Verhandlung krankenhausesindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten Mehrausgaben entstehen, ist abhängig von den krankenhausesindividuellen Verhandlungsergebnissen und damit grundsätzlich nicht vorhersehbar.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die maßgeblichen Organisationen der stationären Hospize und ambulanten Hospizdienste führt die regelmäßige Anpassung der Rahmenverträge über Hospizleistungen alle vier Jahre zu einem wiederkehrenden geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Den stellungnahmeberechtigten Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung entsteht bei Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege ein einmaliger geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Die Kosten der Beratungsangebote der vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Versorgungsplanung zum Lebensende werden von den Krankenkassen erstattet. Der Erfüllungsaufwand der Pflegeeinrichtungen entspricht daher den Haushaltsausgaben der Krankenkassen ohne Erfüllungsaufwand.

Den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene entsteht durch die Vereinbarung der Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung zum Lebensende mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einmaliger, nicht

quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Bei stellungnahmeberechtigten Organisationen (so weit der Wirtschaft zuzuordnen) entsteht einmaliger geringer Beteiligungsaufwand.

Bei schiedsfähigen Vereinbarungen nach diesem Gesetzesentwurf können den daran beteiligten Vertragspartnern der SAPV bzw. den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner zusätzliche Aufwendungen für ein etwaiges Schiedsverfahren entstehen.

Den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen in den Ländern entsteht durch die Anpassung der Landesrahmenverträge in der sozialen Pflegeversicherung ein einmaliger Umstellungsaufwand von insgesamt mehreren zehntausend Euro.

Die Informationspflichten der vollstationären Pflegeeinrichtungen über die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen führen zu jährlichen Bürokratiekosten ab dem Jahr 2016 von insgesamt mehreren zehntausend Euro.

Soweit die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten durch einseitige Erklärung der Krankenhäuser erfolgt, entfallen bisher mögliche Schiedsstellenverfahren hierzu, so dass mit einer geringen Entlastung beim Erfüllungsaufwand auf Seiten der Krankenhäuser zu rechnen ist, der aber nicht näher quantifiziert werden kann.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Die neue Informationspflicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen über die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen gilt ab dem Jahr 2016.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der Erfüllungsaufwand der Krankenkassen für die Beratung der Versicherten und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ist im Rahmen der bestehenden Haushaltsansätze zu tragen.

Für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die regelmäßige Anpassung der Rahmenverträge über Hospizleistungen alle vier Jahre zu einem wiederkehrenden geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht durch die neuen Regelungen zur Palliativversorgung im Bundesmantelvertrag und den Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes ein einmaliger Erfüllungsaufwand von insgesamt rund zwanzigtausend Euro. Zudem entsteht beim Bewertungsausschuss für die Berichtspflicht ab dem Jahr 2017 jährlich ein Erfüllungsaufwand von wenigen tausend Euro. Mit der Aufhebung der Evaluierung nach § 119b Absatz 3 SGB V entfallen Informationspflichten sowie der durch die Evaluation bedingte Erfüllungsaufwand.

Die Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege führt zu einem einmaligen geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Für den Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die aufsichtsrechtliche Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes und zur Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege jeweils ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht durch die Vereinbarung der Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung zum Lebensende mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ein einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Bei stellungnahmeberechtigten Organisationen (so weit der Verwaltung zuzuordnen) entsteht einmaliger geringer Beteiligungsaufwand.

Bei schiedsfähigen Vereinbarungen nach diesem Gesetzesentwurf entstehen den daran beteiligten Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Vertragspartner entsprechend zusätzliche Aufwendungen für ein etwaiges Schiedsverfahren. Dabei kann der zuständigen Aufsichtsbehörde des Bundes oder des Landes über die vertragsschließende bundes- oder landesunmittelbare Krankenkasse oder über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein geringer Erfüllungsaufwand zur Bestimmung einer Schiedsperson im Fall der Nichteinigung der Vertragsparteien entstehen.

Auf Landesebene entsteht durch die Anpassung der Landesrahmenverträge in der sozialen Pflegeversicherung ein einmaliger Umstellungsaufwand von insgesamt mehreren zehntausend Euro. Die Veröffentlichungspflicht der Landesverbände der Pflegekassen über die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen führen ab 2016 zu jährlichen Bürokratiekosten von insgesamt mehreren zehntausend Euro.

Soweit die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten durch einseitige Erklärung der Krankenhäuser erfolgt, entfallen bisher mögliche Schiedsstellenverfahren hierzu, so dass mit einer geringen Entlastung beim Erfüllungsaufwand auf Seiten der Kostenträger zu rechnen ist, der aber nicht näher quantifiziert werden kann.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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:

1. In § 27 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.“

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“ eingefügt.

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.“

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.“

3. Nach § 39a wird folgender § 39b eingefügt:

„§ 39b

Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Anspruch umfasst auch die Erstellung einer Übersicht der Ansprechpartner der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote. Die Krankenkasse leistet bei Bedarf Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme. Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden. Auf Verlangen des Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Im Auftrag des Versicherten informiert die Krankenkasse die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung des Versicherten mitwirken, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen oder händigt dem Versicherten zu diesem Zweck ein entsprechendes Begleitschreiben aus. Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“

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. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(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. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

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.

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 Bewertungsmaßstab 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.“

- b) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

„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.“

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.
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. § 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.“

- 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:

„§ 132f

Gesundheitliche Versorgungsplanung 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 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 anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

(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. § 132d Absatz 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(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.

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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.

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:

1. Dem § 28 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Pflege schließt 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.
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.“
 - 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.
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.

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.

Artikel 5

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 2 tritt am ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

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 erhebliche 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.

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 verändert, 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.

In stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, in denen viele Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, gilt es, die Hospizkultur und Palliativversorgung insgesamt weiter zu stärken.

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

- in strukturschwachen und ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen,
- die Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizlicher Begleitung in der Regelversorgung sicherzustellen,
- die allgemeine ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken,
- die Finanzierungsgrundlagen stationärer Hospize zu verbessern,
- die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken und Kooperationen mit regionalen Versorgern zu fördern sowie
- die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren.

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:

1. Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und Förderung der Vernetzung

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).

Die gemeinsame Selbstverwaltung erarbeitet hierzu in den entsprechenden Gremien konkretisierende Vorgaben für die besonders qualifizierte und koordinierte Leistungserbringung. Dabei wird auf den bereits bestehenden Abrechnungsmöglichkeiten der palliativmedizinischen Ersterhebung des Patientenstatus und der palliativmedizinischen Betreuung im hausärztlichen Versorgungsbereich aufgebaut. Diese bilden die Grundlage für weitere spezifische Leistungen, die insbesondere auf Vernetzung, Kooperation und Koordination ausgerichtet sind und damit über den bisherigen regelhaften Leistungsanspruch in der vertragsärztlichen Versorgung hinausgehen.

2. Stärkung der Palliativpflege

Die häusliche Krankenpflege ist in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen, von erheblicher Bedeutung. Bisher fehlen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege allerdings entsprechende Hinweise. Deshalb wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, für den Bereich der Palliativpflege konkrete Festlegungen zu den Versorgungsanforderungen zu treffen. Diese sollen auch Regelungen zur Zusammenarbeit der Akteure an den Schnittstellen der hospizlichen und palliativen Versorgung umfassen. Durch die Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege wird deren Bedeutung in der Regelversorgung weiter gestärkt und gleichzeitig die qualifizierte und koordinierte Versorgung gesichert.

3. Erleichterungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

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 Palliativ-

versorgung 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.

4. Stärkung der stationären Hospizversorgung und der ambulanten Hospizarbeit

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 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.

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.

Daneben wird die ambulante Hospizarbeit, deren praktische Bedeutung stetig wächst, weiter gestärkt und es werden verschiedene 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.

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.

5. Einführung eines Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung

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 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.

6. Förderung der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen

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.

Derzeit sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen zum Zweck der Veröffentlichung in den Transparenzberichten mitzuteilen, wie die ärztliche, 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.

7. Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

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 palliativ-medizinische Versorgung in den Einrichtungen zu verbessern.

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 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.

8. Anreize für ein individuelles, ganzheitliches Beratungsangebot

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 palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung sowie psychosozialen Begleitung während des Sterbeprozesses

zesses 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.

Die konkrete Ausgestaltung des Beratungsangebotes bleibt den vollstationären Pflegeeinrichtungen überlassen. Sie können es mit qualifiziertem Personal selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen organisieren (z.B. ambulanten Hospizdiensten oder Palliativ-Teams). Anforderungen und Inhalte des Beratungsangebotes werden einheitlich in einer Rahmenvereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den die Interessen vollstationärer Pflegeeinrichtungen vertretenden maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene vereinbart. Das Beratungsangebot wird von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. In der Rahmenvereinbarung ist auch zu regeln, für welche Beratungs- und Koordinationsleistungen zur individuellen Versorgungsplanung zum Lebensende die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten der teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen tragen.

9. Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern

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.

III. Alternativen

Keine

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Wirtschaftseinheit und der Rechtssicherheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich. Das Vergütungssystem für die Finanzierung der Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Änderungen an diesem System, zu dem auch die allgemeinen Regeln über die Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte gehören, sind folglich ebenfalls einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung gilt im Interesse der Absicherung einheitlicher wirtschaftlicher Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung und betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzesentwurf beschränkt sich auf die für die weitere Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung wesentlichen Regelungen und überlässt die Bestimmung näherer Einzelheiten der Versorgung den daran beteiligten Selbstverwaltungspartnern, soweit sie durch gesamt- oder einzelvertragliche Vereinbarungen sicherstellt werden kann. Die Ersetzung der bisherigen Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V durch bundeseinheitliche Vereinbarungen nach § 87 Absatz 2a Satz 9 SGB V (neu) macht entsprechende regionale Vereinbarungen und deren Evaluierung (§ 119b Absatz 3 SGB V) entbehrlich. Eine darüber hinausgehende Rechts- und Verwaltungsvereinfachung ist nicht vorgesehen.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzesentwurf steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich der Lebensqualität und Gesundheit sowie des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger im Sinne der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Der Gesetzesentwurf zielt auf eine koordinierte und flächendeckende medizinische, pflegerische und psychosoziale Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Die bedarfsgerechte und an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientierte palliative Versorgung und die Sterbebegleitung können gesundheitliche Leiden oder Ängste vor dem Sterben mindern und die Lebensqualität in der letzten Lebensphase erhöhen. Die Stärkung der Hospizbewegung, die Koordinierung der verschiedenen palliativen und hospizlichen Hilfsangebote und die Förderung der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten, betreuenden Pflegekräften und Palliativ-Teams, Hospiz- und Pflegeeinrichtungen, Notdiensten und kommunalen Servicestellen sowie die Einbeziehung der Angehörigen und anderer Vertrauenspersonen in die Beratung und Betreuung der Betroffenen dienen zudem dem sozialen Zusammenhalt. Eine ausgeprägte Hospiz- und Palliativkultur an den Orten, an denen Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, beugt einer sozialen Ausgrenzung schwerstkranker und sterbender Menschen vor.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

(1) Krankenkassen-Beratung

Keine.

(2) Hospiz-Förderung

Durch Erhöhung des Mindestzuschusses für stationäre Hospize von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV entstehen jährliche Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von etwa dreizehn Mio. EUR.

Durch Erhöhung des Zuschusses zu den zuschussfähigen Kosten für stationäre Hospize für Erwachsene von 90 auf 95 Prozent entstehen jährliche Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von etwa vier Mio. EUR. Bei der Buchung der Zuschusskosten wird nicht nach Erwachsenen und Kindern unterschieden. In 2013 über-

nahmen die Krankenkassen rund 85 Mio. EUR. Es wird unterstellt, dass davon ein Anteil zwischen 75 und 95 Prozent auf erwachsene Versicherte entfällt.

Es ist zu berücksichtigen, dass der Mindestzuschuss auf die Zuschüsse zu den zuschussfähigen Kosten angerechnet wird. Die derzeitigen Zuschüsse zu den zuschussfähigen Kosten für stationäre Hospize liegen überwiegend über dem Mindestzuschuss.

(3) Vertragsärztliche Versorgung

Durch die zusätzliche Förderung nach § 87 Absatz 1b SGB V für eine besondere Qualifikation in der vertragsärztlichen Palliativversorgung, die interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit weiteren an der Versorgung Beteiligten könnten bei einer entsprechenden Beschlussfassung des Bewertungsausschusses jährliche Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe eines unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrages entstehen.

Auch durch die Stärkung der kooperativen und koordinierten ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB V und dem damit verbundenen Auftrag an den Bewertungsausschuss, Regelungen im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung (vgl. § 87 Absatz 2a SGB V) zu treffen, könnten sich jährliche Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe eines mittleren bis höheren zweistelligen Millionenbetrages ergeben.

Zusätzliche Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages sind durch die Vergütung der ärztlichen Beteiligung an der Beratung in Pflegeeinrichtungen nach § 132f SGB V zu erwarten.

(4) HKP-Richtlinie

Die Änderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege führen je nach Anpassungsbedarf zu jährlichen, derzeit nicht quantifizierbaren Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in diesem Leistungsbereich.

(5) Selektivverträge / SAPV

Die Erleichterungen zum Vertragsschluss über die allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung können auf Grund vermehrter Vertragsschlüsse zu jährlichen, derzeit nicht quantifizierbaren Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in diesem Leistungsbereich führen.

(6) Beratung zum Lebensende

Stellen vollstationäre Pflegeeinrichtungen entsprechende Beratungsangebote für die pflegebedürftigen Versicherten bereit, dessen Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, ergibt sich ein jährlicher finanzieller Mehraufwand für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe eines unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrages. In den Folgejahren ist auf Grund des anzunehmenden Ausbaus des Angebots von einer Verdoppelung der Kosten auszugehen. Diese Prognose beruht auf der Annahme, dass zunächst etwa die Hälfte der vollstationären Pflegeeinrichtungen ein Beratungsangebot einrichten und hierfür pro 50 Bewohnern ein zusätzlicher (bei Erstgespräch größerer, dann abnehmender) mittlerer Personalbedarf von ca. 1/8 Stelle benötigt wird.

Für die jährlichen Mehrausgaben durch die Vergütung der ärztlichen Beratung im Rahmen der Fallbesprechung in den Pflegeeinrichtungen s.o. unter (3).

Die genauen Mehrausgaben hängen maßgeblich von den Erstattungsvereinbarungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit den Interessenverbänden der Pflegeeinrichtungen ab.

(7) SGB XI-Regelungen

Keine.

(8) KHG-Regelung

Ob und inwieweit durch die gestärkte Option zur Verhandlung krankenhausesindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten Mehrausgaben entstehen, ist abhängig von den krankenhausesindividuellen Verhandlungsergebnissen und damit grundsätzlich nicht vorhersehbar.

Globale Minderausgaben:

Diesen Mehrausgaben können Minderausgaben aufgrund einer verbesserten Koordination der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung gegenüberstehen. Das betrifft etwa die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und Krankentransporte, unnötiger Mehrfachmedikation oder Doppeluntersuchungen. Diese Effekte sind allerdings mittelbarer Natur und nicht konkret quantifizierbar.

4. Erfüllungsaufwand

a) Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

b) Wirtschaft

(1) Krankenkassen-Beratung

Keiner.

(2) Hospiz-Förderung

Die regelmäßige Anpassung der Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene über die stationären und ambulanten Hospizleistungen alle vier Jahre führt zu einem wiederkehrenden geringfügigen Erfüllungsaufwand für die maßgeblichen Spitzenorganisationen der stationären Hospize und ambulanten Hospizdienste als Vertragspartner.

(3) Vertragsärztliche Versorgung

Keiner.

(4) HKP-Richtlinie

Bei den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung entsteht durch die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (§ 92 Absatz 7 SGB V) ein einmaliger geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

(5) Selektivverträge / SAPV

Für etwaige Schiedsverfahren entstehen nicht quantifizierbare geringfügige Kosten für die Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen.

(6) Beratung zum Lebensende

Die Kosten der fakultativen Beratungsangebote der vollstationären Pflegeeinrichtungen für die Versicherten zur Versorgungsplanung zum Lebensende werden von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Der Erfüllungsaufwand der Pflegeeinrichtungen entspricht daher den Haushaltsausgaben der Krankenkassen ohne Erfüllungsaufwand.

Mit der Regelung in § 137f Absatz 2 und 3 SGB V entsteht einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand bei den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene für die Vereinbarung der Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach § 137 Absatz 1 SGB V mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Im Falle eines etwaigen Schiedsverfahrens entstehen nicht quantifizierbare geringfügige Zusatzkosten. Bei den stellungnahmeberechtigten Organisationen entsteht einmaliger geringer nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

(7) SGB XI-Regelungen

In den Rahmenverträgen (ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege) ist die leistungsrechtliche Klarstellung im Hinblick auf die Sterbebegleitung mittels Überprüfung und Anpassung nachzuvollziehen (§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI). Die entsprechende Überprüfung und Anpassung der Landesrahmenverträge führt für die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen zu einem einmaligen Umstellungsaufwand von rund 72.000 EUR.

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, darüber zu informieren, wie sie ab dem 1. Juli 2016 auch die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz regeln (§ 114 Absatz 1 SGB XI). Diese Mitteilungspflicht der ca. 10.700 vollstationären Pflegeeinrichtungen führt zu einem jährlichen Aufwand von 30.400 EUR.

(8) KHG-Regelung

Soweit die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten durch einseitige Erklärung der Krankenhäuser erfolgt, entfallen bisher mögliche Schiedsstellenverfahren hierzu, so dass mit einer geringen Entlastung beim Erfüllungsaufwand auf Seiten der Krankenhäuser zu rechnen ist, der aber nicht näher quantifiziert werden kann.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten:

Die neue Informationspflicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen über die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen gilt ab 2016.

c) Verwaltung

(1) Krankenkassen-Beratung

Der personelle und sachliche Erfüllungsaufwand der gesetzlichen Krankenkassen für die Beratung der Versicherten und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme gesetzlicher Versorgungsleistungen ist im Rahmen der bestehenden Haushaltsansätze zu tragen.

(2) Hospiz-Förderung

Die regelmäßige Anpassung der Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene über die stationären und ambulanten Hospizleistungen alle vier Jahre führt zu einem wiederkehrenden geringfügigen Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Vertragspartner.

(3) Vertragsärztliche Versorgung

Mit der Regelung in § 87 Absatz 1b SGB V entsteht einmaliger quantifizierbarer Erfüllungsaufwand bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Regelungen im Bundesmantelvertrag über die qualifizierte und koordinierte Palliativversorgung und die entsprechende Überprüfung sowie die Beschlussfassung im Bewertungsausschuss in Höhe von insgesamt rund zehntausend Euro. Bei der Bundesärztekammer entsteht durch die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Regelungen im Bundesmantelvertrag ein einmaliger geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Beim Bewertungsausschuss entsteht durch die Berichtspflicht in § 87 Absatz 1b SGB V ab dem 31. Dezember 2017 jährlicher Erfüllungsaufwand von wenigen tausend Euro.

Durch den Auftrag an den Bewertungsausschuss, Regelungen der vertragsärztlichen Vergütung im Rahmen von Kooperationsverträgen zu treffen (§ 87 Absatz 2a SGB V), entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Höhe von insgesamt rund zehntausend Euro. Zudem entsteht ein geringer Erfüllungsaufwand durch die Übermittlung des jeweiligen Kooperationsvertrages als Abrechnungsvoraussetzung an die Kassenärztliche Vereinigung.

Mit der Aufhebung der Evaluierung nach § 119b Absatz 3 SGB V entfallen die Informationspflichten durch die Erfassung und Weiterleitung von Daten für die Evaluierung der Maßnahmen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V als auch der durch die Evaluation bedingte Erfüllungsaufwand.

Für den Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die aufsichtsrechtliche Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (§ 87 Absatz 1b und 2a SGB V) jeweils ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand.

(4) HKP-Richtlinie

Die Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (§ 92 Absatz 7 SGB V) führt zu einem einmaligen geringfügigen Erfüllungsaufwand.

Für den Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die aufsichtsrechtliche Prüfung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anpassung der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (§ 92 Absatz 7 SGB V) ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand.

(5) Selektivverträge / SAPV

Für etwaige Schiedsverfahren entstehen nicht quantifizierbare geringfügige Kosten für die gesetzlichen Krankenkassen.

Im Fall der Nichteinigung der Vertragsparteien auf eine Schiedsperson nach § 132d Absatz 1 SGB V kann der jeweiligen Aufsichtsbehörde des Bundes oder des Landes über die vertragsschließende bundes- oder landesunmittelbare Krankenkasse ein geringer Erfüllungsaufwand zur Bestimmung einer Schiedsperson entstehen.

(6) Beratung zum Lebensende

Mit der Regelung in § 137f Absatz 2 und 3 SGB V entsteht einmaliger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Vereinbarung der Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach § 137 Absatz 1 SGB V

mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Im Falle eines etwaigen Schiedsverfahrens entstehen nicht quantifizierbare geringfügige Zusatzkosten. Bei den stellungnahmeberechtigten Organisationen entsteht einmaliger geringer nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Ebenso wie (5), da Regelungen zum Schiedsverfahren entsprechend gelten. Aufsichtsbehörde über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist das Bundesministerium für Gesundheit.

(7) SGB XI-Regelungen

In den Rahmenverträgen (ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege) ist die leistungsrechtliche Klarstellung im Hinblick auf die Sterbebegleitung mittels Überprüfung und Anpassung nachzuvollziehen (§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI). Die entsprechende Überprüfung und Anpassung der Landesrahmenverträge führt zu einem einmaligen Umstellungsaufwand von rund 45.000 EUR.

Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass ab dem 1. Juli 2016 auch die Informationen zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden (§ 115 Absatz 1a SGB XI). Das führt zu einem jährlichen Aufwand von 34.800 EUR.

(8) KHG-Regelung

Soweit die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten durch einseitige Erklärung der Krankenhäuser erfolgt, entfallen bisher mögliche Schiedsstellenverfahren hierzu, so dass mit einer geringen Entlastung beim Erfüllungsaufwand auf Seiten der Kostenträger zu rechnen ist, der aber nicht näher quantifiziert werden kann.

5. Weitere Kosten

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten für die Wirtschaft und die sozialen Sicherungssysteme und den genannten Erfüllungsaufwand hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil die Regelungen des Gesetzes nicht auf spezifische Lebenssituationen von Frauen oder Männern zielen. Beide sind von den Regelungen des Gesetzes in gleicher Weise betroffen. In der Praxis werden derzeit mehr Frauen als Männer in ihrer letzten Lebensphase palliativ versorgt (aus verschiedenen versorgungsrelevanten Gründen, z.B. wegen der höheren Lebenserwartung). In den Pflegeberufen sowie im hospizlichen Ehrenamt sind überwiegend Frauen tätig.

Auswirkungen auf die demographische Entwicklung ergeben sich aus den im Entwurf vorgesehenen Änderungen nicht.

VII. Befristung; Evaluation

Eine Befristung der Regelungen ist nicht vorgesehen. Die vorübergehende Entfristung der bislang befristeten regionalen Vergütungszuschläge nach § 87a Absatz 2 SGB V entfällt

mit deren Ablösung durch die entsprechenden Vergütungsvereinbarungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 Absatz 2a SGB V.

Eine Evaluation erfolgt insoweit, als der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit nach § 87 Absatz 1b SGB V erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten palliativ-medizinischen Leistungen, die Zahl und Qualifikation der Leistungserbringer, die Versorgungsqualität und die Auswirkungen auf die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu berichten hat.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 27)

Die Ergänzung stellt klar, dass die palliative Versorgung integraler Bestandteil aller in Satz 2 genannten Leistungsbereiche der Krankenbehandlung ist. Der allgemeine Leistungsanspruch wird durch die nachfolgenden gesetzlichen Regelungen zur allgemeinen Palliativversorgung und -beratung, zu der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und zu den ambulanten und stationären Hospizleistungen näher konkretisiert.

Zu Nummer 2 (§ 39a)

Zu Buchstabe a)

In vielen Regionen ist die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize gut, es gibt jedoch regionale Unterschiede. Insbesondere Hospize in ländlichen Regionen haben Schwierigkeiten, eine auskömmliche Finanzierung mit den Krankenkassen auszuhandeln. Der kalendarische Mindestzuschuss für stationäre Hospize wird daher von sieben auf neun Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV erhöht (für das Jahr 2015 von 198,45 Euro auf 255,15 Euro). Dies trägt dazu bei, regionale Vergütungsunterschiede zu verringern.

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.

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 Möglichkeit Gebrauch machen, soll deren gemeinsamer Einschätzung darüber überlassen bleiben, ob und in welchem Ausmaß eine gesonderte Regelung zu den genannten Spezifika zweckmäßig ist.

Die Verpflichtung der Partner der Rahmenvereinbarung, für stationäre Hospize bundesweit geltende Standards zu Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen zu vereinbaren, dient ebenfalls der Verringerung regionaler Unterschiede bei der finanziellen Förderung stationärer Hospizarbeit. Es wird eine einheitliche Basis für entsprechende Verträge geschaffen. Damit werden Rechtsunsicherheiten über Inhalt und Umfang der zuschussfähigen Kosten beseitigt.

Bei der Vereinbarung von Standards zu Umfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen ist folgendes zu beachten: Grundsätzlich kommt die gesetzliche Krankenversicherung für Leistungen auf, die der Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten einschließlich der Linderung von Beschwerden dienen. Diese Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung bereits deutlich erweitert worden, indem z.B. auch die psychosoziale Betreuung im Hospiz wie etwa die Sterbebegleitung durch Hospizkräfte oder Seelsorger, sowie die Einbeziehung Angehöriger von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst wird. Dazu gehört auch die Begleitung trauernder Angehöriger in der Sterbephase des Versicherten. Dies entspricht der auch vom Gesetzgeber gewünschten stärkeren Etablierung des Hospiz- und Palliativgedankens in der Versorgung. Hiervon zu unterscheiden sind jedoch hospizliche Leistungen, die keinen Bezug zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung haben und daher gesamtgesellschaftlich zu tragen sind, wie es in der Hospizarbeit durch ehrenamtliches Engagement und Spenden geschieht. Hierzu gehören z.B. Freizeitangebote, kulturelle Veranstaltungen oder pädagogische Angebote. Da es in den Vertragsverhandlungen in der Vergangenheit teils große Unterschiede in der Definition der zuschussfähigen Kosten und damit zu unterschiedlichen Förderpraktiken der stationären Hospize gekommen ist, ist es notwendig, dass der Rahmen der zuschussfähigen Kosten durch die Partner der Rahmenvereinbarung zweifelsfrei vorgegeben wird und damit Ungleichgewichte beseitigt werden. Ebenso ist die Rahmenvereinbarung daraufhin zu überprüfen, ob dem administrativen Aufwand stationärer Hospize, bedingt durch häufig wechselnde Belegung, ausreichend Rechnung getragen wird. Auch hier sind regionale Unterschiede durch die Vorgabe von bundeseinheitlichen Faktoren zu beseitigen.

Die Verpflichtung zur Überprüfung der Rahmenvereinbarung im Abstand von vier Jahren stellt sicher, dass die Vereinbarung aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen zeitnah berücksichtigt.

Zu Buchstabe b)

Die Rahmenvereinbarung zur ambulanten Hospizarbeit muss angesichts verschiedener Praxisprobleme weiter angepasst werden. Derzeit stellt die Rahmenvereinbarung nicht sicher, dass ambulante Hospizdienste von dem Jahr an, in dem sie Sterbebegleitungen leisten, auch Zuschüsse erhalten. Dies soll durch entsprechende Vereinbarungen künftig gewährleistet werden. Zudem ist zu überprüfen, ob das in der Rahmenvereinbarung festgelegte Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeitern noch den aktuellen Versorgungsbedürfnissen entspricht, insbesondere vor dem Hintergrund der vielfältigen Koordinierungs- und Beratungsaufgaben der hauptamtlichen Kräfte, die tendenziell aufgrund des steigenden Bedarfs zunehmen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass eine hospizliche Begleitung Angehöriger – insbesondere bei schwerstkranken sterbenden Kindern und Jugendlichen – auch über den Tod hinaus notwendig sein kann.

Häufig ist den Beteiligten nicht bewusst, dass Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen von ambulanten Hospizdiensten versorgt werden können. Die Partner der Rahmenvereinbarung zu ambulanter Hospizarbeit werden daher gesetzlich verpflichtet, in der Vereinbarung die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Vernetzung verschiedener Angebote und zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Verpflichtung zur Überprüfung der Rahmenvereinbarung im Abstand von vier Jahren stellt sicher, dass die Vereinbarung aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen zeitnah berücksichtigt.

Zu Nummer 3 (§ 39b)

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 Versorgungsangebote erhalten, die sie für ihre letzte Lebensphase wünschen und benötigen.

Die Krankenkasse soll auch sicherstellen, dass auf Wunsch des Versicherten dessen Angehörige oder andere Vertrauenspersonen sowie behandelnde Ärztinnen und Ärzte oder versorgende Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen entsprechende Informationen über die Beratungs- und Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung erhalten, zu denen der Versicherte beraten wurde. Dies trägt zur stetigen Kooperation zwischen den an der Versorgung Beteiligten bei und sichert die Zusammenarbeit im konkreten Einzelfall.

Die Inanspruchnahme des Leistungsangebots ist freiwillig. Die für die Durchführung der jeweiligen Maßnahme erforderlichen personenbezogenen Daten dürfen nur dann von der Krankenkasse erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn der Versicherte auf Grundlage einer umfassenden Information durch die Krankenkasse hierin einwilligt. Die Einwilligung und die vorherige Information haben schriftlich zu erfolgen. Die Information muss den Versicherten umfassend über Inhalt und Ziele der Leistungen, die Freiwilligkeit ihrer Annahme und die damit verbundene erforderliche Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung seiner personenbezogenen Daten und insbesondere darüber, zu welchem Zweck und zur Erfüllung welcher Aufgabe die Krankenkasse im Rahmen der Erforderlichkeit Befunddaten erheben, verarbeiten oder nutzen darf, aufklären. Außerdem ist der Versicherte darüber zu informieren, dass er seine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs sind die auf Grundlage der Einwilligung bei der Krankenkasse gespeicherten personenbezogenen Daten nach § 84 Absatz 2 SGB X unverzüglich zu löschen.

Grundsätzlich haben die Krankenkassen die Aufgabe der individuellen Beratung und Hilfestellung selbst wahrzunehmen. Sofern jedoch die Aufgabenwahrnehmung durch eine andere Stelle wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden, kann die Krankenkasse diese Aufgabe an eine in § 35 Absatz 1 SGB I genannte Stelle übertragen, insbesondere an andere Leistungsträger und ihre Verbände. Eine Übertragung an private Dritte ist damit ausgeschlossen.

Zu Nummer 4 (§ 73)

In Absatz 2 Satz 1 wird geregelt, dass die vertragsärztliche Versorgung auch die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b umfasst (vgl. auch

§ 37b Absatz 1 Satz 2). Da eine Verordnung von spezialisierter Palliativversorgung nur durch Ärzte erfolgen kann, sieht die Änderung des Satzes 2 vor, dass die neue Nummer 14 nicht für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gilt.

Zu Nummer 5 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Nach Absatz 1b werden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt, im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung zu bestimmen, um die Palliativversorgung auch in der Regelversorgung zu stärken. Damit werden die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§§ 37b und 132d) ergänzt und die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen im hausärztlichen Bereich bereits eingeführten Gebührenordnungspositionen für palliativ-medizinische Untersuchungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen schwerstkranker und sterbender Patientinnen oder Patienten in der Arztpraxis, zu Hause, im Hospiz oder im Pflegeheim fortentwickelt. Als grundsätzliche Voraussetzung für eine besonders qualifizierte und strukturierte palliativ-medizinische Versorgung sind deren Inhalt und Abstimmung mit anderen Leistungen (z.B. der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung), die besondere Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, die Koordination und die interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe (insbesondere mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen) und eine aktive Kooperation mit weiteren beteiligten Leistungserbringern sowie sonstigen Einrichtungen zu regeln. 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.

Nach Inkrafttreten der Regelungen im Bundesmantelvertrag hat der Bewertungsausschuss die vereinbarten Voraussetzungen für eine qualifizierte und strukturierte palliativ-medizinische Versorgung in die Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs einzubeziehen und innerhalb von sechs Monaten über deren Anpassung zu beschließen.

Ziel der Neuregelung ist, dass aufgrund der vorausgesetzten besonderen Qualifikation der vertragsärztlichen Palliativversorgung, der interprofessionell strukturierten und koordinierten Leistungserbringung, der aktiven Kooperation der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes mit weiteren an der Versorgung Beteiligten und der Maßnahmen zur Versorgungsqualität ein fließender Übergang zwischen der kurativen Behandlung und der palliativ-medizinischen Versorgung sowie ggf. der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gewährleistet werden kann. Diese Zielsetzung bezieht sich auf die Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten in allen Altersgruppen, somit auch auf Kinder und Jugendliche.

Voraussetzung für die Abrechnung dieser besonderen medizinischen Leistungen ist eine spezifische Qualifikation der Ärztin oder des Arztes zur Palliativmedizin, die dazu befähigt, die Behandlung und Begleitung der Patientin oder des Patienten mit einer inkurablen, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit dem Ziel durchzuführen, die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicherzustellen sowie der Sensibilität der besonderen Situation der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. Dies schließt auch Vorgaben zur spezifischen fachlichen Fortbildung mit ein. Vor diesem Hintergrund ist auch die Bundesärztekammer zu beteiligen, deren Stellungnahme in den Entscheidungsprozess einzubeziehen ist; nach deren Angaben verfügten zum 31. Dezember 2013 in Deutschland bereits 8218 Ärztinnen und Ärzte über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin.

Die palliativ-medizinisch qualifizierten Ärztinnen oder Ärzte sollen die an der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nichtärztlichen Gesundheitsberufe, (psycho-)sozialen Dienste, Hospizdienste, ggf. auch unterstützende und pflegende Angehörige bzw. Betreuungs- und Bezugspersonen, miteinander im Rahmen einer aktiven Kooperation synchronisieren und integrieren. Neben einer spezifischen ärztlichen Versorgung soll die Organisation und die Koordination verschiedener Leistungen und Leistungserbringer sowie deren Zusammenarbeit gewährleistet werden. Hierbei sollen auch – soweit vorhanden – Kooperationsverträge und Vereinbarungen nach § 119b Absatz 1 und 2 sowie nach § 132f Absatz 2 berücksichtigt werden. Im Rahmen der Kooperation und Koordination ist ein bestmöglicher Informationsaustausch zwischen den Beteiligten sicherzustellen. Ergänzend können gemeinsame Fallbesprechungen zweckmäßig sein, in denen z.B. die weitere Behandlungs- bzw. Versorgungsplanung besprochen und vereinbart wird.

Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmalig bis zum 31. Dezember 2017 und anschließend jährlich über die Entwicklung der Leistungen der palliativ-medizinischen Versorgung (z.B. Ausgaben und Fallzahlen) sowie auch in Kombination mit anderen vertragsärztlichen Leistungen, über die Zahl und Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, die Versorgungsqualität und die Auswirkungen auf die Verordnung und Inanspruchnahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu berichten. In den Bericht sind die seit dem 1. Oktober 2013 im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildeten Leistungen der palliativ-medizinischen Versorgung im hausärztlichen Versorgungsbereich mit einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und der hierfür notwendigen Auswertungen bestimmen.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung soll die gezielte Vergütung von kooperativen und koordinierten ärztlichen Leistungen in der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen – wie es sie bereits in der zahnärztlichen Versorgung gibt – auf eine spezielle gesetzliche Grundlage gestellt werden. Die in der Vergangenheit getroffenen Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Stärkung der hausärztlich geriatrischen Versorgung, der Palliativversorgung durch Hausärzte und auch zur Förderung von nichtärztlichen Praxisassistenten, die z.B. durch ihre Unterstützung in der Koordination der Behandlung und durch Haus- und Heimbefuche die Versorgung ergänzen, werden hiermit aufgegriffen. Insbesondere werden durch diese Vergütungsregelung auch Praxisnetze gestärkt, die für die Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen auch unter Einbezug palliativ-medizinischer Kompetenz zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Aufbauend auf der neuen Regelung nach § 119b Absatz 1, nach der stationäre Pflegeeinrichtungen einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit dafür geeigneten Leistungserbringern abschließen sollen, sowie aufbauend auf den nach § 119b Absatz 2 vorliegenden Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen (Anlage 27 des Bundesmantelvertrages) wird der Bewertungsausschuss mit dieser Regelung beauftragt, den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen, um die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen (z.B. durch verbesserte Kommunikationsstrukturen, regelmäßige Fallbesprechungen der entsprechenden Ärztinnen und Ärzte mit den Pflegekräften der stationären Pflegeeinrichtung) in entsprechenden Kooperationsverträgen sachgerecht abzubilden und zu bewerten. Dabei können sowohl Zuschläge auf bestehende Gebührenordnungspositionen als auch neue Gebührenordnungspositionen ggf. zusammengefasst in einem eigenen Abschnitt vereinbart werden. Hierbei sollten auch die neuen Regelungen im Bundesmantelvertrag und die Abrechnungsmöglichkeiten für die qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung berücksichtigt werden. Um möglichen Unterschieden des praktischen Aufwands der jeweiligen Kooperations- und Koordinationsleistung Rechnung zu tragen, ist bei der

Bewertung z.B. nach der Funktion innerhalb der Kooperationsgemeinschaft etwa zwischen Koordinationsärztinnen und -ärzten und weiteren kooperierenden Ärztinnen und Ärzten zu differenzieren. Der Kooperationsvertrag ist als Abrechnungsvoraussetzung der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen (vgl. § 87 Absatz 2d). Nach § 119b Absatz 1 angestellte Ärztinnen oder Ärzte sollen Koordinationsärztinnen oder -ärzten in der Vergütung gleichgestellt sein. Auf der Grundlage der geltenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses werden neue Leistungen zwei Jahre extrabudgetär vergütet, im Anschluss kann der Bewertungsausschuss eine Fortführung empfehlen. Vor dem Hintergrund der geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen ist in der Folge die Anlage 27 des Bundesmantelvertrages entsprechend anzupassen.

Im Gegenzug zu dieser neu zu vereinbarenden Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab wird nach deren Inkrafttreten die Möglichkeit für die regionalen Verhandlungspartner zur Vereinbarung befristeter Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz gestrichen (siehe Begründung zu § 87a). In der Folge entfällt auch die damit verbundene Evaluation nach § 119b Absatz 3 durch das Institut des Bewertungsausschusses. Davon unberührt bleibt die allgemeine Möglichkeit, Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen – wie Haus- und Heimbefuche – und für besonders zu fördernde Leistungserbringer zu vereinbaren. Nach den Ergebnissen der Evaluation nach § 221b Absatz 2 nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wird von der Möglichkeit, Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen zu zahlen, in der Mehrheit der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Ziel einer besseren Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen auch Gebrauch gemacht.

Zu Nummer 6 (§ 87a)

Die bislang befristete Möglichkeit, Zuschläge auf regionaler Ebene für die Förderung einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationärer Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren, wird übergangsweise entfristet, bis die entsprechende Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen in Kraft getreten ist (vgl. § 87 Absatz 2a). Danach wird die Möglichkeit von Zuschlägen auf regionaler Ebene gestrichen (vgl. Artikel 4 Absatz 2 dieses Gesetzes).

Zu Nummer 7 (§ 92)

Zu Buchstabe a

Durch § 37 Absatz 6 i.V.m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe zugewiesen, in seinen Richtlinien u.a. festzulegen, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Die Richtlinien über die Verordnung häuslicher Krankenpflege enthalten demgemäß insbesondere Vorgaben zur Dauer der Verordnung, zur Genehmigung durch die Krankenkasse, zur Zusammenarbeit mit Pflegediensten und dem Krankenhaus sowie zu den verordnungsfähigen Maßnahmen. § 92 Absatz 7 Satz 1 konkretisiert den notwendigen Inhalt der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege.

Mit der neuen Nummer 5 wird der G-BA gesetzlich beauftragt, die Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege weiterzuentwickeln und das Nähere zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung festzulegen. Dies betrifft insbesondere eine Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege, die eine im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gewünschte fallbezogene Vernetzung und ein abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure unterstützen sollen. Mit dieser Regelung soll das Ziel unterstützt werden, in der Regelversorgung den Hospiz- und Palliativgedanken stärker zu verankern, die allgemeine ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken und die Vernetzung und Kooperation der an der

Versorgung beteiligten unterschiedlichen Leistungserbringer und Fachkräfte – auch an den Schnittstellen der hospizlichen und palliativen Versorgung – zu fördern.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung dient dazu, den spezifischen Sachverstand der Interessenvertretungen der Hospizbewegung und der Palliativversorgung in die Entscheidung des G-BA hinsichtlich der in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege zu konkretisierenden Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege einzubeziehen.

Zu Nummer 8 (§ 119b)

Zu Buchstabe a

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht nur bei Bewohnerinnen und Bewohnern, die sich in ihrer letzten Lebensphase befinden, sondern auch wegen der verbreitet eingeschränkten Möglichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, z.B. eine Ärztin oder einen Arzt eigenständig aufzusuchen, mit spezifischen Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung konfrontiert.

Um hier Versorgungsverbesserungen zu erreichen, sollen die vollstationären Pflegeeinrichtungen stärker in die Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung eingebunden werden. Dafür bedarf es der verstärkten Kooperation mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Die bisherige Regelung, die lediglich die fakultative Möglichkeit ("Kann"-Regelung) vorsah, Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abzuschließen, wird dafür zu einer "Soll"-Vorschrift weiterentwickelt. Künftig sollen die vollstationären Pflegeeinrichtungen die Zusammenarbeit mit den betreffenden Ärztinnen und Ärzten aktiv koordinieren, um die ambulante ärztliche Betreuung in der Einrichtung zu gewährleisten.

Zu Buchstabe b

Die bislang gesetzlich vorgesehene Frist, innerhalb der die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren waren, kann nach zwischenzeitlich erfolgter Umsetzung entfallen.

Zu Buchstabe c

Folgeregelung zu dem gesetzlichen Auftrag des Bewertungsausschusses eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen auf Grundlage von Kooperationsverträgen vergütet werden, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen (vgl. die Begründung zu § 87 Absatz 2a). Damit entfällt die bislang vorgesehene Evaluation der gesetzlich befristeten Möglichkeit, Zuschläge auf den Orientierungswert für eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren.

Zu Nummer 9 (§ 132d)

Zu Buchstabe a)

Die Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung ist gut acht Jahre nach Einführung der Leistung weit fortgeschritten. Es fehlt jedoch ein ausreichendes Angebot insbesondere in einigen ländlichen oder strukturschwachen Regionen. Diese „weißen Flecken“ in der Versorgungslandschaft müssen beseitigt und in ganz Deutschland ein flä-

chendeckendes Angebot mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung verwirklicht werden. 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 vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde, die Schiedsperson zu bestimmen. Die Kosten des Schiedsverfahrens sind von den Vertragsparteien zu gleichen Teilen zu tragen.

Zu Buchstabe b)

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.

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 ist.

Zu Nummer 10 (§ 132f)

Zu Absatz 1

Ein individuelles, ganzheitliches Beratungsangebot über Hilfen und Angebote zur medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung und Versorgung vor dem Lebensende kann die Angst schwerstkranker Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftiger vor dem Sterbeprozess und schweren Leiden in der Sterbephase mindern. Zugleich kann ein gutes Fallmanagement in Kooperation aller an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer, Vertrauenspersonen und Beratungsstellen dem Wunsch der Betroffenen nach Selbstbestimmung und Vermeidung ungewollter Behandlungen Rechnung tragen.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können daher ein Angebot zur individuellen gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vorhalten, das Bewohnerinnen und Bewohner auf freiwilliger Basis nutzen können, um umfassend informiert zu sein und – unterstützt durch professionelle Beratung – selbstbestimmt über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen entscheiden zu können.

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 palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer 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.

Die Organisationshoheit für das Beratungsangebot liegt bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen selbst. Sie können dies unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 2 entweder durch entsprechend qualifiziertes eigenes Personal selbst oder in Kooperation und durch Vernetzung mit regionalen Beratungs- und Versorgungsstellen (z. B. ambulante Hospizdienste oder stationäre Hospize, SAPV-Teams) sicherstellen. Soweit bereits vergleichbare lokale Angebote bestehen, sind diese zu berücksichtigen, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Professionelle Angebote, kommunales und ehrenamtliches Engagement sollen sich insgesamt ergänzen. Zwingend am Beratungsprozess zu beteiligen ist die behandelnde Vertragsärztin bzw. der behandelnde Vertragsarzt oder der sonstige für die ambulante Behandlung zuständige vertragsärztliche Leistungserbringer. Dies kann auch eine Ärztin oder ein Arzt im Rahmen der Tätigkeit in einem SAPV-Team sein. Gemeinsam mit den sonstigen regionalen Betreuungs- und Versorgungsangeboten ist sicherzustellen, dass eine umfassende medizinische, pflegerische und hospizliche Betreuung gewährleistet ist, die den als Ergebnis der Beratung artikulierten Wünschen und Vorstellungen der Patientin oder des Patienten entspricht. Es sind daher alle beteiligten regionalen Versorger (z.B. auch Rettungsdienste, Krankenhäuser sowie kommunale und seelsorgerische Einrichtungen) einzubeziehen.

Die Versorgungsplanung muss nicht in einem einzigen Beratungstermin organisiert werden, sondern kann situations- und bedarfsgerecht auch in mehreren, aufeinander aufbauenden Terminen oder für verschiedene Beteiligte getrennt organisiert werden (z.B. als Anschlussberatung mit den Angehörigen nach medizinischer Vorbesprechung in Kooperation mit den behandelnden Ärztinnen oder Ärzten). Die Beratung kann bei Bedarf auch mehrfach angeboten werden.

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 Leistungsinhaltes 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.

Zu Absatz 3

Die Pflegeeinrichtungen erhalten als Anreiz zur Etablierung des Angebots zur individuellen gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende – unabhängig von der Vergütung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) – eine zusätzliche Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Das Beratungsangebot ist aufgrund der im Mittelpunkt stehenden medizinischen und versorgungsrelevanten Fragestellungen durch die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren. Die Einzelheiten der Finanzierung sind in den Rahmenvereinbarungen nach Satz 2 festzulegen. In der Finanzierung soll zum einen die Vorhaltung eines entsprechenden Angebotes berücksichtigt werden. Zum anderen ist die tatsächliche Anzahl durchgeführter Beratungen zu berücksichtigen.

Die Vergütung der ärztlichen Leistungen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte erfolgt aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Der einheitliche Bewertungsmaßstab ist im Hinblick auf die ärztlichen Leistungen nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach Absatz 2 zu überprüfen und anzupassen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die bisher bestehenden Gebührenordnungspositionen zur hausärztlichen palliativ-medizinischen Betreuung, die auch die Erstellung und Dokumentation eines palliativ-medizinischen Behandlungsplanes unter Berücksichtigung des Patientenwillens mit einschließen, sowie die in diesem Gesetz vorgesehenen zusätzlichen Vergütungsregelungen zur palliativ-medizinischen Versorgung nach § 87 Absatz 1b (neu) und zur kooperativen und koordinierten Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b zu berücksichtigen.

Werden die ärztlichen Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf vertraglicher Grundlage nach § 132d erbracht, erfolgt die Vergütung innerhalb dieser Verträge.

Zu Nummer 11 (§ 284)

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die Krankenkassen die für die Erfüllung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Hospiz- und Palliativberatung nach § 39b erforderlichen Sozialdaten erheben und speichern dürfen. Das in § 39b Satz 7 vorgesehene Erfordernis der Einwilligung bleibt unberührt.

Zu Artikel 2 (§ 87a SGB V)

Folgeregelung zu dem gesetzlichen Auftrag des Bewertungsausschusses, eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen auf Grundlage von Kooperationsverträgen vergütet werden, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen (vgl. die Begründung zu § 87 Absatz 2a). Damit entfällt die Möglichkeit, spezifische Zuschläge auf den Orientierungswert für eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1 zu zahlen. Davon unberührt bleibt die allgemeine Möglichkeit, Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen – wie Haus- und Heimbesuche – und für besonders zu fördernde Leistungserbringer zu vereinbaren.

Zu Artikel 3 (SGB XI)

Zu Nummer 1 (§ 28)

Jeder Mensch hat das Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Sterbende Menschen benötigen eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die ihrer individuellen Lebenssituation und ihrem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Ihre besonderen Bedürfnisse sind auch bei der Erbringung von Pflegeleistungen mit zu berücksichtigen.

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege dazu gehören. Leistungen anderer Sozialleistungsträger, insbesondere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch, sowie Leistungen durch Hospizdienste bleiben unberührt.

Zu Nummer 2 (§ 75)

Entsprechend der leistungsrechtlichen Klarstellung in § 28 wird die Bedeutung der Sterbebegleitung auch in den gesetzlichen Vorgaben zu den für die Pflegeeinrichtungen gel-

tenden Rahmenverträgen auf Landesebene betont. Der Regelungsauftrag für die Vereinbarungspartner zum Inhalt der Pflegeleistungen wird dazu um die ausdrückliche Nennung der Sterbebegleitung ergänzt.

Zu Nummer 3 (§ 114)

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.

Zu Nummer 4 (§ 115)

Folgeänderung zur Ergänzung der Informationspflichten nach Nummer 3 (§ 114). Ebenso wie für die bisherigen Informationspflichten gilt auch für die Informationen der vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz, dass deren Veröffentlichung im Rahmen der Informationen über Ergebnisse von Qualitätsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen sicherzustellen ist.

Zu Artikel 4 (§ 17b KHG)

Durch die vorgesehene Ergänzung wird für Palliativstationen oder -einheiten die Option zur Verhandlung von krankenhausespezifischen Entgelten anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten gestärkt. Dazu wird diesen gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausespezifische Entgelte vereinbaren möchten. Diese Regelung ersetzt für Palliativstationen oder -einheiten die in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen vorgesehene schiedsstellenfähige Vereinbarungslösung. Damit können Krankenhäuser zukünftig dauerhaft eigenständig entscheiden, ob sie die Versorgung von palliativmedizinisch zu versorgenden Menschen in Palliativstationen oder -einheiten über bundesweit kalkulierte Entgelte oder über krankenhausespezifisch zu verhandelnde Entgelte abrechnen wollen. Können sich die Vertragsparteien vor Ort nicht über die Höhe der krankenhausespezifischen Entgelte einigen, ist wie bisher die Schiedsstelle anrufbar.

Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)

Das spätere Inkrafttreten der Regelung in § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V stellt sicher, dass die Möglichkeit der Vereinbarung von spezifischen Zuschlägen auf regionaler Ebene für die Förderung einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationärer Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1 SGB V erst dann entfällt, wenn der einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen in diesem Zusammenhang angepasst und die Anpassung in Kraft getreten ist (vgl. § 87 Absatz 2a SGB V).