

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes  
zum Referentenentwurf für ein Gesetz  
zur Verbesserung der Hospiz- und  
Palliativversorgung in Deutschland  
vom 23.03.2015**

Stand: 16.04.2015

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Geschäftsführungseinheiten  
Versorgung  
Politik und Unternehmensentwicklung

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299  
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

## Inhaltsverzeichnis:

<b>Vorbemerkung</b> .....	<b>- 3 -</b>
<b>II. Referentenentwurf</b> .....	<b>- 5 -</b>
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 5 -</b>
Nr. 2 § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen .....	- 5 -
Nr. 3 § 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen.....	- 9 -
Nr. 5 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswert .....	- 11 -
Nr. 6 § 87a Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswert .....	- 14 -
Nr. 7 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	- 15 -
Nr. 8 § 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen .....	- 17 -
Nr. 9 § 132d Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung.....	- 18 -
Nr. 10 § 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende .....	- 19 -
<b>Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 22 -</b>
Nr. 3 und 4 §§ 114 Qualitätsprüfungen und 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen.....	- 22 -

## Vorbemerkung

Mit dem Gesetz soll die flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung durch gezielte Maßnahmen in der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gestärkt werden. Es werden Anreize zum weiteren Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung gesetzt und die Kooperation und Vernetzung der relevanten Versorgungsbereiche gefördert. Aber auch die Beratungsangebote für die Betroffenen sollen ausgebaut werden: Die Versicherten werden danach besser über Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung informiert, damit die letzte Lebensphase selbstbestimmt und bestmöglich begleitet verbracht werden kann. Der Referentenentwurf folgt damit konsequent dem von der Regierungskoalition vorgelegten Eckpunktepapier vom 10.11.2014.

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband die strukturelle und qualitative Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Die im Referentenentwurf enthaltenen Maßnahmen werden dazu beitragen, den palliativen und hospizlichen Gedanken voranzutreiben. Dennoch muss auch kritisch angemerkt werden, dass einige der geplanten Neuregelungen die große Gefahr in sich tragen, bestehende Strukturen zu konterkarieren, (z.B. in der ambulanten palliativen Versorgung), bzw. Doppelstrukturen und Fehlanreize zu schaffen, die nicht zu einer qualitativen Weiterentwicklung beitragen werden. So gibt es alleine im vertragsärztlichen Bereich drei unterschiedliche Palliativleistungen: neben der hausärztlichen Palliativversorgung, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (Beratung, Teil- und Vollversorgung) sowie die neu hinzukommende allgemeine Palliativversorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und in der Richtlinie des G-BA zur häuslichen Krankenpflege. Alle Leistungen stehen dabei mehr oder weniger weitgehend unabgestimmt und unkoordiniert nebeneinander. Daher bedarf es eines übergeordneten Palliativkonzeptes, in dem das Verhältnis der Versorgungsangebote strukturiert wird. Neben der Stärkung der palliativen Regelversorgung sind „neue“ Beratungsleistungen vorgesehen. Auch hier muss aus Sicht des AOK-Bundesverbandes eher der Grundsatz gelten, bestehende Strukturen zu nutzen. Der Schwerpunkt der Entwicklung muss in der Stärkung eines kooperativen und koordinierten Miteinanders der bestehenden Angebote von Krankenkassen und Leistungserbringern liegen und nicht in der Schaffung neuer Angebote. Das gilt auch in diesem Zusammenhang für neu zu vergütende Koordinationsleistungen, sofern diese bereits Bestandteil der heute schon zu erbringenden Leistung sind.

Ungeachtet dessen wird mit Umsetzung der geforderten Maßnahmen eine deutliche Leistungsausweitung einhergehen. Eine abschließende Beurteilung der finanziellen Wirkungen der geplanten Maßnahmen und deren eventueller Beitragssatzrelevanz ist jedoch nicht möglich.

Da zu vielen Regelungsbereichen des Referentenentwurfes eine vollständige Übereinstimmung mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes besteht, wird - um Doppelungen zu vermeiden -, insoweit auf dessen Stellungnahme verwiesen und von weiteren Ausführungen abgesehen.

Nachfolgend wird von daher im Einzelnen nur zu den Regelungen in Artikel 1

- Nr. 2 § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

- Nr. 3 § 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen
  - Nr. 5 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundes-einheitlicher Orientierungswert
  - Nr. 6 § 87a Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundes-einheitlicher Orientierungswert
  - Nr. 7 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
  - Nr. 8 § 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen
  - Nr. 9 § 132d Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
  - Nr. 10 § 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende
- sowie in Artikel 3 zu
- Nr. 3 und 4 §§ 114 Qualitätsprüfungen und 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen
- Stellung genommen.

## II. Referentenentwurf

### Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Nr. 2 § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

##### A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Der kalendertägliche Mindestzuschuss für stationäre Hospize wird 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 soll dazu beitragen, die regionalen 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. Außerdem 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. 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.

Es besteht die Verpflichtung der Partner der Rahmenvereinbarung, für stationäre Hospize bundesweit geltende Standards zu Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen zu vereinbaren. 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. 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.

Im Abstand von vier Jahren besteht die Verpflichtung zur Überprüfung der Rahmenvereinbarung; damit soll sichergestellt werden, dass die Vereinbarung aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen zeitnah berücksichtigt.

Zu Buchstabe b)

Die Rahmenvereinbarung zur ambulanten Hospizarbeit wird angepasst werden. Zukünftig sollen 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.

Die Partner der Rahmenvereinbarung zu ambulanter Hospizarbeit werden gesetzlich verpflichtet, in der Vereinbarung die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen.

## **B Stellungnahme**

Zu Buchstabe a)

### Mindestzuschuss

Die regionalen Unterschiede und Bedarfssätze haben verschiedene Ursachen, zum einen werden sie von den Personalkosten (ortsübliche Vergütung) und zum anderen von den individuellen zuschussfähigen Leistungen der Hospize beeinflusst, daher wird sich die Erhöhung des kalendertäglichen Mindestzuschuss nur bedingt auf diese Unterschiedlichkeiten auswirken. Vor dem Hintergrund des ehrenamtlichen Engagements sollte darüber hinaus dringend vor einer Vollfinanzierung der Hospize gewarnt werden. Die Hospizbewegung selbst sieht eine Vollfinanzierung kritisch. Die Rahmenvereinbarung ist ebenfalls zu überprüfen, ob dem administrativen Aufwand stationärer Hospize, bedingt durch häufig wechselnde Belegung, ausreichend Rechnung getragen wird. Hier sollen die regionalen Unterschiede durch die Vorgabe von bundeseinheitlichen Faktoren beseitigt werden. Wie hoch der administrative Aufwand durch ein Hospiz bewertet wird und welche Ressourcen entsprechend verhandelt werden, sollte nicht durch bundeseinheitliche Faktoren beschränkt werden. Den individuellen Besonderheiten der Hospize wird dadurch nicht Rechnung getragen.

### Standards zu Umfang und Qualität

Mit der gesetzlichen Neuregelung soll weiterhin eine einheitliche Basis über Inhalt und Umfang bzw. Standards zu Umfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen durch die Erweiterung der Rahmenvereinbarung geschaffen werden. Bei der Vereinbarung von der zuschussfähigen Leistungen soll zudem beachtet werden, dass neben der psychosozialen Betreuung im Hospiz wie etwa die Sterbebegleitung durch Hospizkräfte oder Seelsorger sowie die Einbeziehung Angehöriger, auch die Begleitung trauernder Angehöriger in der Sterbephase des Versicherten von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst wird.

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband, dass die Rahmenvereinbarung um die o.g. Kriterien erweitert wird. Aus Sicht der GKV sind zudem die sehr unterschiedlich berechneten Investitionskosten auf der Grundlage fehlender Mindest- bzw. Obergrenzen regelungswürdig. Was die Höhe der zu berücksichtigenden Aufwendungen für die Investitionen angeht, hat die Rechtsprechung für stationäre Pflegeeinrichtungen festgelegt, dass nur die betriebsnotwendigen und angemessenen Kosten umgelegt werden dürfen. Die Angemessenheit bemisst sich in erster Linie an den Marktpreisen, die sich

aus dem Vergleich mit anderen Einrichtungen ergeben (sog. externer Vergleich). Hierbei ist vor allem auf den örtlichen Einzugsbereich abzustellen. Betriebsnotwendig sind die Investitionskosten, wenn sie der Aufrechterhaltung oder Verbesserung des Betriebs der Einrichtung dienen. Diese können z.B. auch durch behördliche Auflagen entstanden sein (Fluchtwege, Brandschutzanlagen). Eine Kostenbeteiligung an „Luxusausstattungen“ kann dagegen nicht verlangt werden. Eine analoge, gesetzliche Regelung für stationäre Hospizen wäre wünschenswert, um hier eine einheitliche Basis zu schaffen. Daher böte sich die Rahmenvereinbarung als ein Ort der Regelung an.

#### Eigene Rahmenvereinbarung für Kinder

An die Versorgung von lebenslimitierend erkrankten bzw. sterbenden Kindern und Jugendlichen sind besondere Anforderungen zu stellen. So kann die Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen aufgrund der besonderen Krankheitsbilder länger erforderlich sein, als bei Erwachsenen oder wiederholte Hospizaufenthalte erfordern. Zudem werden an Kinderhospize auch im Hinblick auf die altersspezifische Versorgung besondere Anforderungen gestellt. Diese im Vergleich zu Erwachsenen hospizen besonderen Aspekte wurden im Jahre 2010 in der Rahmenvereinbarung abgebildet. Seinerzeit wurde kein Bedarf gesehen, eine eigenständige Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche zu schließen. Die Rahmenvereinbarungspartner werden nun erneut intensiv zu bewerten haben, ob eine eigene Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche erforderlich ist.

#### Rahmenvereinbarung

Im Rahmen der Selbstverwaltung wird die Rahmenvereinbarung sowohl für die stationären und ambulanten Hospize zwischen dem GKV-SV und den Verbänden der Leistungsanbieter geschlossen. Die gesetzliche Änderung sieht zukünftig eine regelhafte Anpassung der Rahmenvereinbarungen in einem 4jährigen Rhythmus vor. Bereits jetzt findet schon eine stetige Aktualisierung der Rahmenvereinbarungen statt. Ob eine gesetzliche Vorgabe diesen Prozess der - am Bedarf orientierten Anpassung - sinnvoll erweitert, wird bezweifelt. Es sollte den Vertragspartnern vorbehalten bleiben, zumal eine Kündigung der Rahmenvereinbarung von den Partnern jederzeit erfolgen kann.

#### Zu Buchstabe b)

Es ist begründbar und zielführend, dass Hospizdienste von dem Jahr an, in dem sie Sterbebegleitungen leisten, auch Zuschüsse erhalten. Der AOK-Bundesverband sieht hierin eine Stärkung des Ausbaus der Hospizdienste. Auch dass die Partner der Rahmenvereinbarung zu ambulanter Hospizarbeit gesetzlich verpflichtet werden, in der Vereinbarung die ambulante Hospizarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen besonders zu berücksichtigen, wird begrüßt. Die ambulante Hospizarbeit kann einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der hospizlichen Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen leisten.

Es gibt aktuell keine Hinweise, dass das festgelegte Verhältnis von ehrenamtlichen zu hauptamtlichen Mitarbeitern nicht den aktuellen Versorgungsbedürfnissen entspricht. Im Rahmen der Selbstverwaltung wird die Rahmenvereinbarung für die ambulanten Hospize zwischen dem GKV-SV und den Verbänden der Leistungsanbieter geschlossen. Ähnlich wie bei der vorgeschlagenen regelhaften Anpassung der Rahmenvereinbarungen in einem 4jährigen Rhythmus, sollte es den Vertragspartnern vorbehalten bleiben, Inhalte anzupassen.

Eine hospizliche Begleitung von Angehörigen – insbesondere bei schwerstkranken sterbenden Kindern und Jugendlichen – ist selbstverständlich. Die Begleitung von Angehörigen auch über den Tod hinaus, kann notwendig sein. Diese Form der Begleitung von Angehörigen ist sinnvoll, dies versteht sich aber als einen Teil der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe und der Hospizbewegung. Sollte darüber hinaus z.B. eine psy-

chologische Unterstützung erforderlich sein, müsste diese zu Lasten der Krankenkasse erfolgen, bei der der Angehörige versichert ist.

## **C      Änderungsvorschlag**

Zu Buchstabe a)

In § 39a Abs. 1 Satz 5 ist nach dem Wort Leistungen „sowie zu den betriebsnotwendigen Investitionskosten“ einzufügen.

§ 39a Abs. 1 Satz 5 Folgende Ergänzung ist zu streichen: „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.“

Die Einfügung ist zu streichen: 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.

Zu Buchstabe b)

§ 39 Absatz 2 folgende Ergänzung ist zu streichen:

„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.“



## Nr. 3 § 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte erhalten einen Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Dies beinhaltet auch eine Übersicht über regionale Anbieter und Ansprechpartner z.B. Hausärzte, SAPV-Teams, ambulante Hospizteams und stationäre Hospize oder auch kommunale Servicestellen. Zusätzlich sollen die Krankenkassen über besondere Verträge zur Palliativversorgung informieren.

Angehörige und andere Vertrauenspersonen sind auf Wunsch des Versicherten in die Beratung mit einzubeziehen. Auf Verlangen des Versicherten informiert die Krankenkasse die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer und Einrichtungen, über wesentliche Beratungsinhalte und Hilfestellungen und händigt dem Versicherten ein Begleitschreiben aus.

Die Beratung soll mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten abgestimmt werden.

Die Erhebung und Nutzung von personenbezogenen Daten darf nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Grundsätzlich haben die Krankenkassen die Aufgabe der individuellen Beratung und Hilfestellung selbst wahrzunehmen. Allerdings kann die Aufgabenwahrnehmung z.B. aus wirtschaftlichen Gründen auf andere Stellen z.B. andere Leistungsträger, die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Leistungsträger oder gemeinsame Servicestellen übertragen werden.

### B Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Neuregelung zu begrüßen, dass Versicherte gezielt über Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung beraten werden., .

Zu vermeiden ist aber in jedem Fall, dass beim Beratungsgeschehen Doppelstrukturen zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung aufgebaut werden.

Nach §§ 7 und 7a SGB XI besteht bereits ein individueller Rechtsanspruch auf eine umfassende Beratung und Hilfestellung für alle Personen, die entweder Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten oder die Leistungen beantragt haben und einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben. Die Pflegeberatung im Sinne des § 7a ist als individuelles Fall- bzw. Case-Management angelegt, das über die allgemeinen Aufklärungs- und Beratungspflichten der Pflegekasse hinausgeht. Sie richtet sich direkt an die Leistungsberechtigten und in der Praxis werden Angehörige regelhaft mit einbezogen. Zu den Aufgaben der Pflegeberater gehören nicht nur die Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellung des MDK, sondern auch die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Unterstützung bei der Durchführung des Versorgungsplans, die Überwachung und Anpassung des Versorgungsplans und bei komplexen Hilfebedarfen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozessen. Mit der Pflegeberatung wird den Anspruchsberechtigten eine individuelle Begleitung zur Verfügung gestellt und bei der Inanspruchnahme und der Koordinierung der notwendi-

gen Leistungen aus den unterschiedlichen Leistungssystemen (SGB XI und SGB V) z.B. kurative, rehabilitative, sonstige medizinische, pflegerische und soziale Hilfe- und Unterstützungsangebote unterstützt.

Richtigerweise sollten deshalb nicht lediglich die Krankenkassen die Aufgabe der Hospiz- und Palliativberatung an eine in § 35 Absatz 1 SGB I genannte Stelle, beispielsweise die jeweils zuständige Pflegekasse übertragen können. Vielmehr sollte eine originäre Aufgabe der Pflegekasse die Hospiz- und Palliativberatung in den Fällen sein, in denen der Versicherte gemäß § 7a SGB XI einen Anspruch auf Pflegeberatung hat. Die Hospiz- und Palliativberatung wäre dann als Teil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Pflegekassen sicherzustellen. Zur Klärung von medizinischen Fragestellung/Abläufen sollte zusätzlich die Möglichkeit geschaffen werden, dass auf Wunsch des Versicherten, beispielsweise der Hausarzt oder andere Vertragsärzte mit in die Pflegeberatung einbezogen werden.

## **C      Änderungsvorschlag**

§ 39b Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen: „... , soweit nicht bereits die Zuständigkeit der Pflegekasse nach § 7a SGB XI gegeben ist.“

§ 39b Satz 4 ist zu streichen.

§ 39b Satz 4 neu (zuvor Satz 5) ist wie folgt zu ändern.

Auf Verlangen der Versicherten sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen oder an der Versorgung beteiligte Vertragsärzte an der Beratung zu beteiligen.

In § 7a Absatz 1 SGB XI ist ein neuer Satz 2 einzufügen: „Die Pflegeberatung umfasst auch die Hospiz- und Palliativberatung; § 39b des Fünften Buches gilt entsprechend.“

## **Nr. 5 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswert**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu Buchstabe a)

Die Bundesmantelvertragspartner haben die Voraussetzungen für eine qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung zu vereinbaren. Dabei sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung der Bundesärztekammer Ziele, Inhalte, strukturelle und personelle Anforderungen sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung festlegen. Auf Grundlage dieser Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den EBM zu überprüfen und ggf. anzupassen und über das Leistungsgeschehen im Zusammenhang mit der Palliativversorgung zu berichten.

Zu Buchstabe b)

Die geplante Neuregelung in § 87 Abs. 2a SGB V sieht eine Ablösung der aktuell geltenden Zuschlagsregelung für die Versorgung von Patienten in Pflegeheimen durch Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vor.

### **B Stellungnahme**

Zu Buchstabe a)

Ausweislich der Begründung besteht das Ziel der Neuregelung darin, einen fließenden Übergang zwischen der kurativen Behandlung und der palliativ-medizinischen Versorgung sowie ggf. der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu gewährleisten. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist bereits heute Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu hat der Bewertungsausschuss in seiner 309. Sitzung palliativmedizinische Leistungen für Hausärzte beschlossen. Wie die Gesetzesbegründung zutreffend ausführt, umfassen die Gebührenordnungspositionen palliativ-medizinische Untersuchungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen in der Arztpraxis oder in der Häuslichkeit, also zu Hause, im Hospiz oder im Pflegeheim. Die Abrechnung dieser Leistung ist weder an sächliche oder personelle Anforderungen geknüpft, noch existiert eine Qualitätssicherung. Auch wesentliche Fragen der inhaltlichen Erfüllung der abgerechneten Leistungen, beispielsweise ob und in welchem Umfang eine Koordinationsleistung stattgefunden hat, sind offen.

Daher trägt der AOK-Bundesverband das Ansinnen mit, die ambulante ärztliche Palliativversorgung strukturiert zu regeln und Anforderungen hinsichtlich der Qualifikation der Leistungserbringer zu definieren. Aus dem Gesetzentwurf und der Begründung geht allerdings nicht eindeutig hervor, in welchem Verhältnis die neue besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung zu den seit 01.10.2013 im EBM enthaltenen Palliativleistungen stehen sollen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist es unerlässlich, die neue allgemeine ambulante Palliativversorgung nicht neben, sondern anstelle der derzeit bestehenden hausärztlichen Palliativleistungen zu stellen, sodass letztere in dem neuen Leistungsbereich aufgehen. Dies hätte den Vorteil, dass die im Bundesmantelvertrag zu definierenden Maßstäbe, insbesondere mit Hinblick auf die Qualitätssicherung und die Qualifikationsanforderungen, dann auch für den hausärztlichen Bereich gelten.

Während der Gesetzentwurf die Weichen für eine Regelung der Binnenstruktur der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu stellen versucht, ist ein die Versorgungsstufen übergreifendes bzw. verbindendes Konzept nicht zu erkennen. So existierten allein für den vertragsärztlichen Bereich drei unterschiedliche Betätigungsformen in der Palliativversorgung: Die hausärztliche Palliativversorgung, die nunmehr hinzukommende allgemeine ambulante Palliativversorgung und die Beteiligung von Ärzten an SAPV-Teams. Hinzu kommen die Palliativleistungen nicht-ärztlicher Berufe, insbesondere der Pflege. Es ist allerdings nicht im Sinne einer funktionierenden Versorgung, im Sinne eines „Viel-hilft-viel“ stetig weitere Versorgungsangebote zu schaffen, die weitgehend unabgestimmt und unkoordiniert nebeneinander stehen.

Hinsichtlich der beteiligten Berufsgruppen und Versorgungsstufen ist beispielsweise nicht gewährleistet, dass es insbesondere hinsichtlich der Koordinierungsfunktion eine klare Kompetenzzuweisung gibt, weil diese Funktion von mehreren Beteiligten gleichermaßen beansprucht wird und es keine allgemein gültige Lösung im Falle konkurrierender Koordinierung gibt. Der AOK-Bundesverband mahnt daher kurz- bis mittelfristig ein übergeordnetes Palliativkonzept an, in dem das Verhältnis der Versorgungsangebote zueinander geklärt und Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen geordnet sind.

Zu Buchstabe b)

Die Partner der Gesamtverträge können gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V Zuschläge zur Förderung der koordinierten und kooperativen Behandlung von Patienten, die in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind, vereinbaren. Gefördert können weiterhin Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 1 Satz 1.

Das Ziel der Verbesserung der Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen wird von der AOK unterstützt und ist auch Inhalt von Selektivverträgen, die verschiedene AOKs mit Pflegeheimen, Vertragsärzten und auch KVen abgeschlossen haben. Der AOK-Bundesverband hat sich allerdings bereits bei der Einführung des § 87a Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz kritisch geäußert, da eine Förderung bereits nach dem 1. Halbsatz von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V möglich ist und es einer speziellen Regelung nicht bedarf. Zudem werden Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V ohne Beteiligung der Krankenkassen geschlossen, dass eine dadurch initialisierte Zuschlagsgewährung diesen Verträgen eine Wirkung zu Lasten Dritter, nämlich der Krankenkassen, zukommt. Denn die Krankenkassen haben durch die Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 1 Satz 2 nur einen schwachen, mittelbaren Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung der Fördertatbestände, z. B. den Inhalt eines Kooperationsvertrages.

Die in § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V getroffene Entscheidung über die Vertragspartner des Kooperationsvertrages ermöglicht Pflegeheim-individuelle Vertragslösungen. Dies ist vermutlich nach der Konzeption des Gesetzes sachgerecht, da nach dem Wortlaut der Norm eine Vereinbarung „bei entsprechendem Bedarf“ abzuschließen ist. Art und Umfang der Kooperation und Koordination dürften sich daher von Haus zu Haus unterscheiden, was auch Einfluss auf die Vereinbarung mit Vertragsärzten hat. Diese mögliche Vertrags- und Leistungsvielfalt ist im EBM praktisch kaum abbildbar. Zudem sind umfangreiche Klärungsprozesse zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf der einen und den Vertragsärzten auf der anderen Seite zu erwarten, inwieweit in den Kooperationsverträgen vereinbarte Leistungen den EBM-Leistungen entsprechen. Denkbar sind beispielsweise Konstellationen, in den Teilleistungen einer EBM-Gebührenordnungsposition vereinbarungsgemäß vom Pflegepersonal durchzuführen sind und dadurch die Abrechnungsfähigkeit der ganzen Leistung zur Disposition steht.

In der Konsequenz werden Vertragsärzte in den Verhandlungen mit den Pflegeheimen auf eine Leistungsbeschreibung analog der EBM-Legendierung hinwirken wollen. Dies

belastet zum einen das Verhältnis zur Pflegeeinrichtung, die eine Leistungsbeschreibung nach „entsprechendem Bedarf“ anstreben sollte. Zum anderen kommt dem EBM eine präjudizierende Wirkung auf die Kooperationsvereinbarungen nach §119b Abs. 1 Satz 1 SGB V zu, die gesetzlich nicht intendiert ist und die nicht einmal der Rahmenvereinbarung nach §119b Abs. 2 SGB V zukommt.

Im Vergleich zu einer EBM-Regelung ist daher aufgrund der flexibleren Handhabung ein Punktwertzuschlag vorzuziehen.

## **C      Änderungsvorschlag**

Zu Buchstabe a)

In § 87 Abs. 1b wird Satz 5 wie folgt gefasst: Auf Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach Abs. 2 Satz 2, insbesondere die bestehenden palliativmedizinischen Leistungen der Hausärzte, zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen.

Zu Buchstabe b)

Streichung des § 87 Abs. 2a

## **Nr. 6 § 87a Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswert**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es ist intendiert, die aktuell bis zum 31. Dezember 2015 gegebene Option von Vereinbarungen von Zuschlägen auf den Orientierungswert für die Förderung von Kooperationsverträgen gem. § 119b Absatz 1 Satz 1 durch die Partner der Gesamtverträge zu entfristen. Lt. Gesetzesbegründung zur Neufassung des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V soll die Entfristung übergangsweise gelten, bis die in § 87 Abs. 2a SGB V (neu) geplante Vergütung mittels des EBM zur Regel wird.

### **B Stellungnahme**

Um unterschiedlichen regionalen Anforderungen und Vertragsausgestaltungen Rechnung zu tragen, ist eine Vergütung von Kooperationsverträgen gem. § 119b Absatz 1 Satz 1 mittels regional vereinbarter Vergütungszuschläge der Vorzug vor einer einheitlichen Vergütungsregelung durch den EBM zu geben.

Im § 119b Abs.3 SGB V i.d.F. des GKV-VSG ist eine Evaluation der Maßnahmen nach § 87a Abs.2 S.3, 2. HS, bis zum 31. August 2016 vorgesehen. Das HPG sieht nun eine Streichung vor. Dies ist bei der vorgesehenen Entfristung der Zuschlagsregelung konsequent.

Somit wäre eine dauerhafte Entfristung ohne eine Überführung der Zuschläge in den EBM (nach §87 Abs.2a SGB V i.F.n. HPG), um die regionalen Besonderheiten erfassen zu können, sowie die Aufhebung der Evaluationsverpflichtung in § 119b Abs. 3 SGB V, wie ebenfalls in diesem Gesetz vorgeschlagen, die richtige Maßnahme.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Nr. 7 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll den Auftrag erhalten, in seiner Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege das Nähere zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu regeln. Daneben sollen die maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung in den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen aufgenommen werden.

### B Stellungnahme

Die vorgesehene gesetzliche Änderung stellt mit der Formulierung „Näheres zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“ auf den inhaltlich nicht näher ausgefüllten Begriff der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ab. In der Begründung zum Referentenentwurf wird in diesem Kontext ausgeführt, dass 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.

Durch diese Regelungen und Ausführungen wird insgesamt der Eindruck erweckt, die häusliche Krankenpflege umfasse im Rahmen der sog. allgemeinen ambulanten Palliativversorgung über den in § 37 SGB V festgelegten Inhalt hinaus, weitergehende Leistungen der Palliativpflege. Das Ziel der Neuregelung ist jedoch, in der Regelversorgung den Hospiz- und Palliativgedanken sowie die Versorgung und Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten durch Konkretisierung der HKP-Richtlinie zu stärken. Durch die Verwendung des inhaltlich nicht näher definierten Begriffes der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung wird dagegen impliziert, dass weitergehende Leistungen der Palliativpflege vorhanden sind. Daher sollte auf die Begrifflichkeit der allgemeinen ambulanten Palliativpflege verzichtet werden.

Zudem wird eine praktische Abgrenzung möglicher konkretisierter Leistungen zu den Leistungen im Rahmen der SAPV nur schwer gelingen, ohne dass es nicht zu einer Vermischung der Leistungen, Mehrfachinanspruchnahmen und damit zu Doppelfinanzierungen kommen kann. Insbesondere gilt dieses auch vor dem Hintergrund, dass die SAPV Teams Kooperationen mit anderen an der Versorgung Beteiligten eingegangen sind (auch mit Pflegediensten). In einigen Regionen können die geplanten neuen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (z.B. NRW) das Aus von gültigen gesonderten Palliativ-HKP-Verträgen mit ambulanten Pflegeeinrichtungen bedeuten. Daher wird diese Maßnahme kritisch in der Umsetzung und Wirksamkeit betrachtet.

Vor dem Hintergrund die häusliche allgemeine ambulante palliative Versorgung zu stärken, wurde im Dezember 2014 von Seiten des GKV-Spitzenverbandes ein Antrag auf Änderung der HKP-RL eingebracht. Es wurde vorgeschlagen, eine neue Leis-

tung 24a zu beschließen. Diese Leistung soll eine Symptomkontrolle bei diesen Palliativpatienten in enger Abstimmung mit dem verordnenden Arzt ermöglichen, insbesondere z.B. bei Schmerzen, pulmonalen oder kardialen Symptomen.

### **C      Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung ist zu streichen.



## **Nr. 8 § 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit Vertragsärzten nach §119b Abs. 1 Satz 1 SGB V wird für die Pflegeheime von einer Möglichkeit („Kann“) in eine bedingte Verpflichtung („soll“) überführt.

Die Evaluationsverpflichtung in § 119b Abs.3 SGB V wird gestrichen.

### **B Stellungnahme**

Der Ersetzung der Kann- durch eine Soll-Regelung in § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V kommt nach Ansicht des AOK-Bundesverbandes vorrangig eine symbolische Bedeutung zu als tatsächlich praktische Relevanz zu entfalten.

Auch nach dieser Regelung steht es im Ermessen des Pflegeheims, ob ein Bedarf nach einer Kooperationsvereinbarung existiert und wie diese nach Ansicht der Einrichtung ausgestaltet sein soll. Daher besteht für eine justiziable juristische Verpflichtung der Einrichtungen nur eine geringe Handhabe.

Das grundsätzliche Hindernis der aktuellen Konzeption wird auch mit der beabsichtigten Schärfung der Kooperationsverpflichtung nicht beseitigt: Dass die Krankenkassen als diejenigen Akteure, die das höchste Interesse an einer abgestimmten und koordinierten Versorgung der in einem Pflegeheim wohnenden Versicherten haben, nicht Vertragspartner sind.

Eine jetzige, dauerhafte Entfristung der Zuschläge nach § 87a Abs.2 S. 3 SGB V würde der Evaluation die rechtliche Legitimation und dem Zweck wie im PNG beschrieben entziehen. Der mit einer Evaluation verbundene erhebliche Aufwand, die notwendigen Daten zu erheben und auszuwerten, ist dann nicht mehr zu rechtfertigen. Teilweise müssten völlig neue Datenabzüge, die zunächst konzipiert werden müssten, durchgeführt werden. Zudem bestehen erhebliche Zweifel, dass ein sinnvolles Auswertungskonzept bei der Vielzahl von zu beachtenden Faktoren in einem überschaubaren Zeitrahmen zwischen allen Beteiligten geeint werden könnte.

Die Streichung ist daher konsequent.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Nr. 9 § 132d Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu Buchstabe a)

Die Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird um ein Schiedsverfahren ergänzt, dass dazu beitragen soll, Vertragsabschlüsse zu beschleunigen)

### **B Stellungnahme**

Zu Buchstabe a)

Das bisherige Verfahren zeigt i.d.R. keine Probleme auf. Häufig werden kassenarten-übergreifende Verträge im Einvernehmen mit den Leistungsanbietern geschlossen. Teilweise existieren darüber hinaus bereits vertragliche Regelungen für den Konfliktfall auf der Landesebene. Grundsätzliche bestehen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes auch keine Probleme in der Vertragsschließung, sondern vielmehr verhindert der Fachkräftemangel die Bildung von SAPV-Teams. Eine Schiedsstellenregelung ist daher entbehrlich. Mit der Implementierung einer Schiedsstelle wird dagegen mit einem erheblichen zusätzlicher Bürokratieaufwand verbunden sein und dient in keiner Weise dazu, Vertragsabschlüsse zu beschleunigen. Daher ist diese Neuregelung abzulehnen.

### **C Änderungsvorschlag**

Zu Buchstabe a)

Die Neuregelung ist zu streichen.

## Nr. 10 § 132f Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

### A Beabsichtigte Neuregelung

Zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen können ihren Bewohner eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten. Auf Wunsch sind Angehörige und Versicherte mit in den Beratungsprozess einzubeziehen.

Im Rahmen der individuellen Beratung und Fallbesprechung sollen die Bewohner dazu angeleitet werden, 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. Dazu gehört auch das Aufzeigen von Notfallszenarien und geeigneten Maßnahmen der Versorgung.

Die Organisationshoheit für das Beratungsangebot liegt bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen selbst. Diese können das Angebot aber auch in Kooperation und durch Vernetzung mit regionalen Beratungs- und Versorgungsstellen (z.B. amb. Hospizdienste, SAPV-Teams) sicherstellen. Dabei sind Doppelstrukturen zu vermeiden. Professionelle Angebote, kommunales und ehrenamtliches Engagement sollen sich insgesamt ergänzen.

Zwingender Teilnehmer der Fallbesprechung/der Beratung sind der behandelnde Hausarzt oder zugelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte/Einrichtungen sowie alle beteiligten Versorger z.B. Rettungsdienste, Krankenhäuser sowie kommunale und seelsorgerische Einrichtungen. Die Versorgungsplanung kann in mehreren aufeinander aufbauenden Terminen oder für verschiedene Beteiligte getrennt organisiert werden.

Der GKV-Spitzenverband vereinbart das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Auch sollen hier Einzelheiten zur Finanzierung vereinbart werden, wobei die ärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu zahlen sind. Den wesentlichen Organisationen wird die Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt. Bei Nichteinigung entscheidet eine unabhängige Schiedsperson.

Die Pflegeeinrichtungen erhalten als Anreiz zur Etablierung des Angebots zur individuellen gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende eine zusätzliche Vergütung durch die Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband regelt das Erstattungsverfahren für seine Mitglieder.

### B Stellungnahme

Die Intention einer Versorgungsplanung für das Lebensende ist nachvollziehbar, da sie Klarheit für den betroffenen Bewohner, seine Angehörigen und die beteiligten Leistungserbringer in der Sterbephase schafft.

Allerdings werden mit der Neuregelung Doppelstrukturen aufgebaut, indem eine weitere Beratungsstruktur etabliert wird, die zusätzlich durch die Gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren ist. Das steht dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und der sparsamen Mittelverwendung entgegen.

### Pflegeberatung nach § 7a SGB XI:

Die Pflegeberatung versteht sich auch als individuelles Fall- bzw. Case-Management, das über die allgemeinen Aufklärungs- und Beratungspflichten der Pflegekasse hinausgeht. Sie richtet sich direkt an die Leistungsberechtigten und in der Praxis werden Angehörige regelhaft mit einbezogen. Zu den Aufgaben der Pflegeberater gehören nicht nur die Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellung des MDK, sondern auch die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Unterstützung bei der Durchführung seiner Inhalte sowie die Überwachung und Anpassung desselben und bei komplexen Hilfebedarfen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozessen. Mit der Pflegeberatung wird den Anspruchsberechtigten eine individuelle Begleitung zur Verfügung gestellt und bei der Inanspruchnahme und der Koordinierung der notwendigen Leistungen aus den unterschiedlichen Leistungssystemen (SGB XI und SGB V) unterstützt. Die Pflegeberatung ist in Deutschland bereits flächendeckend ausgebaut und vernetzt und kann deshalb z.B. gezielte regionale professionelle und ehrenamtliche Angebote im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung anbieten und vermitteln.

### Beratung gem. der SAPV-Richtlinie:

In § 1 Abs. 6 der SAOV-Richtlinie heißt es: „Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.“

Zusätzlich zur Pflegeberatung besteht bereits heute einen Beratungsanspruch für Versicherte zur Versorgung in der letzten Lebensphase auch gegenüber dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das schließt auch das Aufzeigen von Notfallszenarien und geeigneten Maßnahmen mit ein. Diese Beratung wird separat über den EBM vergütet (bspw. im Rahmen der Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung oder Erhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan bei palliativmedizinischer Versorgung).

### Vorgaben für stationäre Pflegeeinrichtungen:

Bereits heute sind Pflegeeinrichtungen und alle weiteren an der Versorgung Beteiligten gesetzlich verpflichtet, zusammenzuwirken. Beispielsweise bestehen zwischen stationären Pflegeheimen vielfach Kooperationen mit ambulanten Hospizdiensten. Finanziert werden diese Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung in Form der Hospizförderung.

Insgesamt sollte sich das gemeinsame Handeln in einer Vorsorgeplanung widerspiegeln. Wenn hier der Bewohner zusammen mit Angehörigen, dem Haus- bzw. Heimarzt und der zuständigen Pflegefachkraft die einzelnen Schritte festlegt, herrscht für alle Beteiligten Klarheit über das medizinische Vorgehen im Rahmen der Sterbephase. Dieses Verfahren sollte in der Praxis bereits gelebt werden. Aufgrund der derzeitigen ca. durchschnittlichen Verweildauer von einem Jahr in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist die Erhebung einer Vorsorgeplanung im Rahmen des Aufnahmegespräches in einer Einrichtung sinnvoll. Die Vorsorgeplanung ist regelmäßig zu überprüfen und anzupassen.

Da die Beratungsstrukturen grundsätzlich bereits sektorenübergreifend vorhanden sind, sollten diese weiterentwickelt werden, anstatt neue Doppelstrukturen aufzubauen. Nachdem eine gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende bereits durch die bestehenden Strukturen sicherstellt werden kann, ist die Neuregelung zu streichen. Die Vorgaben zur Einbindung von an der Versorgung beteiligten Vertragsärzten ist bereits

im Gesetzentwurf in § 39b SGB V durch die Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen aufgegriffen.

**C      Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 3 und 4 §§ 114 Qualitätsprüfungen und 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden ab dem 1. Juli 2016 verpflichtet, unmittelbar nach einer Regelprüfung über die Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen zu informieren.

#### **B Stellungnahme**

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz wird begrüßt.

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass infolge der Änderung auch entsprechende Anpassungen mit Blick auf die Qualitätsprüfungsrichtlinie erforderlich werden. Es wird angeregt, vor dem Hintergrund der Vernetzung und der verstärkten Kooperation, Qualitätssicherungselemente für die ambulante und stationäre Hospizversorgung in der Qualitätsprüfungsrichtlinie zu berücksichtigen. Dieser Aspekt ist in der Qualitätsprüfungsrichtlinie und den Pflegetransparenzvereinbarungen nicht ausreichend abgebildet.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner