

Geschäftsstelle
Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.

Stellungnahme der Fachgruppe Ambulante Palliativversorgung (AAPV/SAPV)

Die ambulante Palliativversorgung nach dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Fachgruppenmitglieder:

Paul Herrlein (Leitung), Saarbrücken
Susanne Kiepke-Ziemes, Viersen
Ute Lieske, Rendsburg
Evi Müller, Katzhütte
Heidrun Preußner, Rendsburg
Dr. Anja Schneider, Dessau-Roßlau
Uwe Vilz, Mainz

Stand: 06.06.2016

Sie erreichen uns unter:
Telefon 030 / 8200758-0
Telefax 030 / 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

**Geschäftsführender
Vorstand:**
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender
Dr. Anja Schneider
Stellvertr. Vorsitzende
Erich Lange
Stellvertr. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:
VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft
Konto 834 00 00
BLZ 370 205 00

IBAN: DE 4337 0205
0000 0834 0000
BIC: BFSWDE33XXX

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	Seite 3
Teil 1: Grundsätzliche Überlegungen	
1.) Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung	Seite 4
2.) Hospiz- und Palliativnetz	Seite 5
3.) Integration, Koordination und Zugangsgerechtigkeit	Seite 6
4.) Stärkung der gewachsenen Strukturen	Seite 7
5.) Die pflegenden Angehörigen stärken	Seite 8
Teil 2: Zu den Regelungen des HPG im Einzelnen	
1.) § 27 SGB V: „Zur Krankenbehandlung gehört auch die Palliative Versorgung der Versicherten“	Seite 9
2.) § 28 Absatz 5 SGB XI: „Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein“	Seite 10
3.) § 37 SGB V: Ambulante Palliativversorgung als häusliche Krankenpflege	Seite 11
4.) § 87 Absatz 1 b SGB V: Die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung	Seite 15
5.) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 132d SGB V	Seite 26
Fazit	Seite 28
Literaturangaben	Seite 29

Vorbemerkung

Die vorliegende Stellungnahme geht der Frage nach, welche Wirkungen das am 8. Dezember 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz¹ auf die ambulante Palliativversorgung hat und wie sich die weitere Umsetzung aus der Sicht der Fachgruppe Ambulante Palliativversorgung (AAPV/SAPV)² darstellt.

Da es innerhalb des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV) verschiedene thematische Fachgruppen gibt, die Teilbereiche der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung bearbeiten (z. B. ambulante Hospizdienste, stationäre Hospizversorgung, palliative Geriatrie) oder sich im Hinblick auf die Versorgung lebenslimitiert erkrankter Kinder und Jugendlicher auch mit der ambulanten Versorgung befassen, werden hier vor allem die spezifischen Regelungen des HPG zu allgemeinen medizinischen und pflegerischen Fragen in der häuslichen Versorgung, insbesondere der grundlegende Rechtsanspruch auf palliative Versorgung (§ 27 SGB V), der Leistungsanspruch auf pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung (§ 28 SGB XI), die ambulante Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V), die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V) und die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung (§ 87 SGB V) aufgegriffen.

Der Entwurf wurde am 05.04.2016 den Mitgliedern des DHPV mit der Bitte um Stellungnahme zugeleitet. Die eingegangenen Stellungnahmen (HPV Schleswig-Holstein, HPV Niedersachsen, Marienhaus Hospize Waldbreitbach, Vertreter des DHPV im Charta-Prozess) wurden, soweit sie argumentative Ergänzungen darstellten, in die Endfassung eingearbeitet.

Damit steht eine Handreichung zur Verfügung, die über die Positionierung des DHPV zur ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung etwa im Charta-Konsentierungsprozess³ hinaus für die weitere Umsetzung des HPG vor allem eine Arbeitsgrundlage für die Praxis der Hospiz- und Palliativeinrichtungen sein soll.

Teil 1 der Stellungnahme befasst sich mit grundsätzlichen Überlegungen zur ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung im Kontext des HPG, Teil 2 widmet sich den oben genannten einzelnen Regelungsbereichen des HPG.

¹ Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) vom 1. Dezember 2015. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7. Dezember 2015.

² Im Folgenden Fachgruppe genannt.

³ Montag Thomas und Weihrauch Birgit: Charta-Perspektive Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung. Bundeshospizanzeiger, Schwerpunktthema Ambulante Palliativversorgung, Ausgabe 2, 13. Jahrgang 2015, S. 9-10.

Teil 1: Grundsätzliche Überlegungen

1.) Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Das Hospiz- und Palliativgesetz hat zahlreiche direkte und indirekte Auswirkungen auf die ambulante Hospiz- und Palliativversorgung. Als ambulante Hospiz- und Palliativversorgung wird mit Blick auf die medizinische Verantwortung von Haus- und Vertragsärzten grundsätzlich die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen sowie ihrer Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit, in teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, der Jugendhilfe und in sonstigen Einrichtungen sowie in stationären Hospizen verstanden. Sie grenzt sich damit grundsätzlich von der Versorgung in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrichtungen ab, wobei einerseits zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität mit beiden Versorgungsbereichen die Übergänge und Schnittstellen durch Überleitungskonzeptionen aktiv zu gestalten sind, andererseits die Möglichkeiten sektorenübergreifender Versorgungsformen wie etwa der Einsatz ambulanter Hospizdienste in Krankenhäusern⁴ oder die Mitwirkung von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung zu beachten sind.

Maßgeblich für die Gestaltung der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung sind die fachlichen Anforderungen, insbesondere die Beachtung der Selbstbestimmung und die Berücksichtigung der Bedürfnisse der schwerkranken und sterbenden Menschen, effiziente Schmerztherapie und Symptomkontrolle zur Leidenslinderung und Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität, die entsprechende pflegerische Versorgung, die psychosoziale Unterstützung und der seelsorgerliche Beistand. Konzeptionell erfordert dies die Realisierung einer multiprofessionellen Versorgung durch adäquat qualifizierte Haupt- wie Ehrenamtliche. Je nach Versorgungssetting sind dazu unterschiedliche Koordinations- und Kommunikationsniveaus erforderlich, da in der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung immer eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungserbringer gleichzeitig für einen Schwerkranken tätig ist. Denn das Hospiz- und Palliativgesetz hat die Grundstruktur der ambulanten Versorgung nicht verändert, sondern zielt darauf ab, dass es nunmehr eine besonders koordinierte und qualifizierte Regelversorgung für Schwerkranken und Sterbende gibt, die bei Bedarf ergänzt wird durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

⁴ Vgl. § 39a Absatz 2 SGB V

2.) Hospiz- und Palliativnetz

Im Hinblick auf die Gesamtstrukturierung der Hospiz- und Palliativversorgung durch das Hospiz- und Palliativgesetz, insbesondere durch die Klarstellung des grundsätzlichen Anspruchs auf palliative Versorgung nach § 27 SGB V sowie die zahlreichen allgemeinen und spezifischen Einzelregelungen zeichnet sich ein vielfach interdependentes System an sektoren- und bereichsübergreifenden Leistungen und Angeboten ab. Für die Praxis der regional verorteten Versorgung der schwerkranken und sterbenden Menschen bedeutet dieses System ein mehr oder weniger ausgeprägtes regionales Hospiz- und Palliativnetz. Im Gesetz selbst⁵ werden Hospiz- und Palliativnetze explizit nur im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen (§§ 114,115 SGB XI) benannt, ohne dass näher ausgeführt wird, was unter einem solchen Netz zu verstehen sei. In der Gesetzesbegründung heißt es jedoch:

„Die Vernetzung kann durch die betroffenenorientierte Zusammenarbeit regionaler Beratungs- und Versorgungsstellen professionsübergreifend sichergestellt werden. Sie schließt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten ein, geht aber auch darüber hinaus, indem sie etwa ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize oder SAPV-Teams einbezieht. Professionelle Angebote, kommunales und ehrenamtliches Engagement sollen sich insgesamt ergänzen“⁶.

Deutlich wird zum einen, dass es dem Gesetzgeber nicht um die bilaterale Zusammenarbeit, etwa von Pflegeeinrichtungen und Hospizdiensten gemäß § 39a SGB V oder gemäß der besonderen ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen (§ 119 SGB V) geht, sondern um ein umfassendes Netzwerk, das folgende komplexe und auf Dauer angelegte Strukturkriterien aufweist:

- Sicherstellung betroffenenorientierter Zusammenarbeit
- regionale Beratungs- und Versorgungsstellen
- professionsübergreifend
- Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten obligatorisch
- Einbeziehung von Hospizdiensten, stationären Hospizen und SAPV-Teams
- professionelle Angebote, kommunales und ehrenamtliches Engagement sollen sich ergänzen.

⁵ Vgl. Bundesgesetzblatt a.O. S. 2117

⁶ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5170: Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) vom 12.6. 2015, S. 32

Diese Kriterien werden mit Ausnahme des kommunalen Engagements auch mehr oder weniger explizit bei Detailregelungen wie der ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, beim Auftrag ambulanter Hospizdienste in vernetzten Strukturen zu arbeiten, bei der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung, bei der SAPV und der individuellen Gesundheitsplanung am Lebensende (§ 132d SGB V) benannt und eingefordert und bekräftigen somit den grundlegenden Netzwerkcharakter des hospizlich-palliativen Versorgungssystems.

Unklar lässt der Gesetzgeber hierbei Fragen der Organisation und der Trägerschaft, der Finanzierung sowie der für ein Netzwerk konstituierenden Koordinierung. Insofern ergibt sich regional ein weiter Gestaltungs- und Strukturierungsspielraum, der die unterschiedlichen regionalen Ressourcen und Möglichkeiten aufgreifen und integrieren muss. Hierzu gehören auch Förderprogramme der Gebietskörperschaften und der Länder, die maßgeblich zur Etablierung und Stabilisierung von Netzwerken beitragen. Im Sinne der Daseinsfürsorge sollten hier wesentliche Impulse für den weiteren Ausbau von Hospiz- und Palliativnetzen erfolgen.

Die mit dem HPG verbundenen neuen Berichtspflichten werden nicht nur die Entwicklung der einzelnen Leistungsbereiche abbilden, sondern auch den Stand und die Entwicklung der Vernetzung sowohl auf der regionalen als auch auf der Systemebene insgesamt wiedergeben.

3.) Integration, Koordination und Zugangsgerechtigkeit

Die Umsetzung der häuslichen Krankenpflege als ambulante Palliativversorgung sowie der besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung wird jeweils in eigenen Gremien (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss) durch weitergehende Ausführungsbestimmungen konkretisiert und in nachrangigen Vereinbarungen und Verträgen ausgestaltet. Hierbei ist darauf zu achten, dass entsprechend den gesetzlichen Vorgaben eine verbindlich abgestimmte, gemeinsame Versorgung (koordinierte Versorgung) aller an der Versorgung beteiligten Dienste und Leistungserbringer sowie der pflegenden Angehörigen (integrative Versorgung) für alle Versicherten, die an einer zum Tode führenden Erkrankung leiden und einer hospizlich-palliativen Versorgung bedürfen, gewährleistet und in der Praxis wirksam wird. Für einen weitergehenden Versorgungsbedarf ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend dem Rechtsanspruch nach § 37b SGB V weiterhin jedem Versicherten mit entsprechendem Versorgungsbedarf zugänglich zu machen. Eine integrative Gestaltung gemäß § 132d Absatz 3 SGB V von hospizlich-palliativer Regelversorgung und der SAPV muss beiden Versorgungsniveaus gerecht werden, d. h. bei integrativer Versorgung muss für die teilnehmenden Versicherten die Versorgung nach dem entsprechenden Versorgungsbedarf gewährleistet sein.

Darüber hinaus ist zu gewährleisten, dass Versicherte, die nicht an integrativen Versorgungsformen teilnehmen wollen oder können, der Zugang zu beiden Versorgungsformen bei entsprechendem Bedarf dennoch zur Verfügung steht. Bei der getrennt organisierten Versorgung von Regelversorgung und SAPV ist die gesetzlich vorgegebene Abgrenzung und Ergänzung zu beachten, d. h. die Leistungserbringer der hospizlich-palliativen Regelversorgung und die SAPV sollten nicht Versicherte des jeweils anderen Versorgungsniveaus versorgen, sondern die SAPV hat die Regelversorgung zu ergänzen (Vermeidung von Parallelstrukturen).

4.) Stärkung der gewachsenen Strukturen

In der Praxis gibt es derzeit in Deutschland unterschiedlich entwickelte Konzeptionen zur koordinierten ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung (Regelversorgung). Ähnlich wie im Bereich der SAPV⁷, deren Ziele durch unterschiedliche organisatorische Konzeptionen erreicht werden, sollten auch im Bereich der hospizlich-palliativen Regelversorgung die gewachsenen Strukturen berücksichtigt und gestärkt werden. Dies bedeutet, dass die Ausgestaltung der neuen gesetzlichen Regelungen die bereits bestehenden Versorgungsstrukturen stärken und weiterentwickeln muss. Dies betrifft bereits bestehende palliativpflegerische Versorgungsansätze in der häuslichen Krankenpflege, Modelle der qualifizierten und strukturierten palliativ-medizinischen Versorgung, aber auch die Einbindung der ambulanten Hospizdienste und die Zusammenarbeit mit der SAPV. Darüber hinaus haben sich regional unterschiedliche Strukturen und Konzeptionen der Koordinierung der Versorgung trotz der Schlüsselfunktion der hausärztlichen Koordinierung (§ 73 Abs. 1 Ziffer 2 SGB V) und der Berücksichtigung entsprechender Leistungen im EBM⁸ entwickelt, die ebenfalls bei der Ausgestaltung der neuen Regelungen genutzt werden sollten. Denn auch die Koordinierung ist primär eine Dienstleistung im Auftrag und für den Patienten und kann in vielen Bereichen delegiert werden, so etwa an ambulante Hospizdienste oder Pflegedienste. Dieser Strukturierungsansatz sollte in die nach § 87 Absatz 1b Ziffer 4 SGB V zu konkretisierenden Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen aufgenommen werden.

⁷ Vgl. § 37 b SGB V

⁸ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Online-Version des EBM. <http://www.kbv.de/html/13259.php>. Zugriff am 18.4.2016 - Stichwort Palliativversorgung

5.) Die pflegenden Angehörigen stärken

Die häusliche Versorgung Schwerkranker und Sterbender ist wesentlich auf die Unterstützung von Angehörigen angewiesen. Sie stellen meistens den unmittelbaren Kontakt zwischen dem Versicherten und den Leistungserbringern dar, sind primäre Bezugsperson und organisieren oftmals die Versorgung, erbringen vielfach rund um die Uhr Pflege- und Betreuungsleistungen und sind doch selbst Betroffene, d. h. sie müssen sich und ihr Leben auf die Versorgung eines Schwerkranken ausrichten, sich mit der schweren Erkrankung und dem unausweichlichen Sterben eines ihnen Nahestehenden auseinandersetzen und mit ihrer Trauer über den kommenden Verlust leben lernen. Für die Hospiz- und Palliativversorgung ist daher die Unterstützung und Begleitung von Angehörigen genauso wesentlicher Auftrag wie die Begleitung und Versorgung der Schwerkranken.

Das Hospiz- und Palliativgesetz hat der besonderen Bedeutung der pflegenden Angehörigen an verschiedenen Stellen Rechnung getragen, so etwa bei der verbesserten Förderung ambulanter Hospizdienste, bei der individuellen Beratung durch die Krankenkassen (§ 39b SGB V) oder im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende (§ 132g SGB V), allerdings unter dem Vorbehalt, dass der Schwerkranke mit der Einbeziehung der Angehörigen einverstanden ist. Obwohl das HPG damit keine spezifischen Verbesserungen für pflegende Angehörige enthält, gibt es insbesondere mit dem grundlegenden Leistungsanspruch auf pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung (§ 28 SGB XI) und im Hinblick auf die Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) wichtige Ansatzpunkte, die hospizlich-palliative Versorgung durch Angehörige zu stärken. Hierzu gehören beispielsweise die spezifische Anleitung von Angehörigen in der Versorgung Schwerkranker, die auf die Bedürfnisse von Angehörigen ausgerichtete Beratung sowie die Überprüfung, ob die gesetzlich vorgegebenen Entlastungsmöglichkeiten wie etwa die Verhinderungs-, die Tages- oder Kurzzeitpflege sowie die Bestimmungen des Pflegezeitgesetzes auf die Bedürfnisse der Angehörigen Schwerkranker ausgerichtet sind. Daneben sollten entsprechend dem Verständnis der Hospizarbeit in den Qualitätsanforderungen etwa bei der ambulanten Palliativpflege, der ambulanten Hospizdienste, der ambulanten palliativ-medizinischen Versorgung und der SAPV Regelungen zur Einbindung pflegender Angehörigen verankert werden. Zudem sollten bei den Hospiz- und Palliativnetzen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen eingebunden werden.

Teil 2: Zu den Regelungen des HPG im Einzelnen

1.) § 27 SGB V: „Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten“

Diese Regelung im HPG ist mehr als nur eine Klarstellung. Sie konkretisiert und bekräftigt den Rechtsanspruch auf palliative Versorgung als Teil der Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Laut Gesetzesbegründung stellt diese Ergänzung klar, „dass die palliative Versorgung integraler Bestandteil aller in Satz 2 genannten Leistungsbereiche der Krankenbehandlung ist“⁹. Dieser Leistungsanspruch wird näher durch die einzelnen Bestimmungen des HPG, insbesondere zur AAPV, SAPV und zu den ambulanten wie stationären Hospizleistungen konkretisiert. Dennoch stellt sich die Frage, wie dem integralen Verständnis des Leistungsanspruchs in allen Leistungsbereichen der Krankenbehandlung entsprochen werden soll. Denn zur Krankenbehandlung gehören nach § 27 Abs. 1 SGB V folgende Leistungsbereiche:

- „1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. Zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.“

Wenn die palliative Versorgung tatsächlich integraler Bestandteil aller Leistungsbereiche ist, so müssen künftig auch in den Bereichen, die durch das HPG nicht näher ausgestaltet worden sind, stärker als bisher die Bedürfnisse Schwerkranker und Sterbender berücksichtigt werden. Neben den Anforderungen an die Qualifikation und die Qualitätssicherung sind auch die Arbeitsabläufe entsprechend zu strukturieren. So ist im Hinblick auf die ambulante Versorgung z. B. die psychotherapeutische Versorgung, aber auch die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln derzeit in der Praxis oftmals nicht oder nur unzureichend auf die Situation Schwerkranker ausgerichtet.

⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5170, S. 24

2.) § 28 Absatz 5 SGB XI: „Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein“

Ähnlich wie die Konkretisierung des Rechtsanspruchs auf Palliativversorgung in den Leistungsbereichen der Krankenbehandlung wird seitens des Gesetzgebers der Leistungsanspruch auf pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung klargestellt. In der Begründung hierzu wird aufgeführt: „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“¹⁰.

Ausgehend von dieser Klarstellung sind nach Ansicht des DHPV nicht nur gemäß des neu gefassten § 75 SGB XI die Rahmenverträge auf der Länderebene¹¹ um die pflegerischen Maßnahmen der Sterbebegleitung zu ergänzen und in die Verträge zwischen ambulanten Pflegediensten und Pflegekassen mit aufzunehmen. Die grundsätzliche Vorgabe, dass Pflege Sterbebegleitung einschließt, müssen auch die anderen Leistungsbereiche der Pflegeversicherung berücksichtigen. Gemäß § 28 Absatz 1 SGB XI gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

- „1. Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),

¹⁰ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5170, S. 32

¹¹ Vgl. Ebd. S. 32 zur Begründung des § 75 SGB XI

12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
13. zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches,
15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).“

Deutlich wird, dass die pflegerischen Leistungen der Sterbebegleitung nicht nur auf die professionelle Pflege durch ambulante und stationäre Einrichtungen beschränkt sein können. Auch im Rahmen der Pflege durch Angehörige oder selbst beschaffte Pflegehilfen, bei der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, bei den Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Personen bis hin zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen sind die Bedürfnisse der Schwerkranken stärker als bisher zu berücksichtigen.

Dies gilt auch im Hinblick auf den Leistungsanspruch auf Pflegeberatung (§ 28 Absatz 1 B SGB XI i. V. mit § 7a SGB XI). Hier hat der Gesetzgeber mit der neuen Regelung zu § 39b SGB V die Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen eine Abstimmung mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vorgesehen. Darüber hinaus ist aber zu gewährleisten, dass im Sinne des grundlegenden Leistungsanspruchs nach § 28 Absatz 5 SGB XI die Pflegeberatung fachlich und organisatorisch den Anforderungen, die sich aus der Berücksichtigung der Sterbebegleitung ergeben, auch tatsächlich entspricht. Hier sollte über die Abstimmung mit der Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen hinaus die enge Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten als gewachsene Strukturen der Hospiz- und Palliativberatung gewährleistet und in entsprechenden Kooperationsverträgen, die für die Pflegestützpunkte gesetzlich möglich sind, sichergestellt werden.

3.) § 37 SGB V: Ambulante Palliativversorgung als häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege wird über den allgemeinen, integralen Anspruch auf Palliativversorgung nach § 27 SGB V hinaus um die ambulante Palliativversorgung ergänzt. Der Gesetzgeber begründet dies damit, dass bislang der erheblichen Bedeutung der häuslichen Krankenpflege in der ambulanten Palliativversorgung von Menschen, die ihre letzte Lebensphase in der häuslichen Umgebung verbringen, zu wenig Ausdruck verliehen wurde. Deshalb stellt die Ergänzung in § 37 Abs. 2a klar, dass die „Regelversorgung zum Leistungsanspruch im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die ambulante Palliativversorgung umfasst“¹².

¹² Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5170, S. 24

Die neue Regelung des § 37 Absatz 2a SGB V lautet: „(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.“

Es obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 7 SGB V, Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung in der neu zu fassenden Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege¹³ festzulegen. Der DHPV ist dabei eine stellungnahmeberechtigte Organisation.

Zunächst geht aus dem Gesetzestext nicht genau hervor, was mit ambulanter Palliativversorgung gemeint ist und worin die Leistungen der ambulanten Palliativversorgung bestehen. Auf jeden Fall ergänzen bzw. erweitern sie den bisherigen Leistungsumfang der häuslichen Krankenpflege, die nach § 37 Absatz 1 SGB V die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung umfasst, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Nach § 37 Abs. 2 SGB V umfasst die häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.

Unklar bleibt, worin die Leistungen bestehen. In der Gesetzesbegründung werden sie als „notwendige palliative Pflege im Rahmen der Regelversorgung für Menschen am Lebensende“¹⁴ charakterisiert, soweit kein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b SGB V besteht. Damit ist im Hinblick auf die Anspruchsberechtigung die Abgrenzung zur SAPV vorgegeben, wobei nicht vorgegeben ist, womit diese Abgrenzung begründet ist. Die leistungsbegründenden Kriterien der SAPV¹⁵ sind neben den Anforderungen an die fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung bei absehbar begrenzter Lebenserwartung ein Versorgungsbedarf, der in medizinischer Hinsicht, insbesondere durch das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens begründet ist, über die Regelversorgung hinausgeht und einer besonderen Koordinierung sowie der Versorgung durch ein multiprofessionelles Team bedarf. Die palliative Regelversorgung für „Menschen am Lebensende“ muss daher weiter gefasst sein sowohl bei den

¹³ Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Veröffentlicht im Bundesanzeiger am 6. Oktober 2014

¹⁴ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5170, S. 24

¹⁵ Vgl. hierzu: Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des GBA vom 25.6.2010 zur Versorgung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinien)

Anforderungen an die Erkrankung und das Symptommgeschehen als auch bei den organisatorischen Bedingungen der Versorgung. Nach Auffassung des DHPV geht es um alle Versicherten, die an einer zum Tode führenden Erkrankung mit belastenden Symptomen leiden, die einer palliativen Versorgung durch Vertragsärzte und Pflegedienste bedürfen um Leiden zu lindern oder zu vermeiden und zur Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität in der häuslichen Versorgung beizutragen.

Aus dieser Verortung lässt sich zwingend ableiten, dass die Leistungen der ambulanten Palliativversorgung innerhalb des Leistungsumfanges der häuslichen Krankenpflege additiv zu den anderen Leistungen zu sehen sind d. h., dass es um die spezifischen pflegerischen Leistungen der Palliativversorgung geht. Die palliative Pflege ist vorrangig auf Leidenslinderung sowie Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität ausgerichtet und umfasst die pflegerischen Maßnahmen und Interventionen im Rahmen der notwendigen Schmerztherapie und Symptomkontrolle einschließlich der vorausschauenden Symptomkontrolle mit Notfall- und Kriseninterventionsplanung sowie den erforderlichen pflegerischen Leistungen der Sterbebegleitung. Die ambulante Palliativversorgung umfasst zusätzlich auch pflegerische Leistungen der Koordinierung, etwa im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten und den Krankenhäusern, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, der hauswirtschaftlichen Versorgung und ergänzender Betreuungsleistungen sowie der Anleitung und Einbindung pflegender Angehöriger.

Da die ambulante Palliativversorgung die häusliche Krankenpflege um die palliative Pflege erweitert und nicht als integraler Bestandteil der Grund- und Behandlungspflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung zu sehen ist, ist folgerichtig, dass sie nur dann zum Tragen kommt, wenn kein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung besteht. Wäre sie demgegenüber ein integraler Bestandteil der Grund- und Behandlungspflege, bestünde der Leistungsanspruch auch bei erforderlicher SAPV.

Folgerichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Krankenkasse die Leistungen als regelmäßiger begründeter Ausnahmefall über 4 Wochen hinaus verordnen kann, da es um eine notwendige Versorgung bis zum Lebensende geht. Der Leistungsanspruch besteht jedoch nicht, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann, was theoretisch im Hinblick auf die fachlichen Anforderungen nur spezifisch qualifizierten Pflegekräften möglich sein dürfte. In der Praxis ist dies jedoch weitestgehend auszuschließen, weil in diesem Falle auch diese Pflegekräfte primär Angehörige sind, die Unterstützung und Entlastung brauchen.

Für die Leistungen der Palliativversorgung gilt gemäß § 37 Absatz 1 SGB V, dass die häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte zu erbringen ist. Aus der Sicht des DHPV ergibt sich aus der näheren Bestimmung der ambulanten Palliativversorgung als palliative Pflege notwendigerweise die angemessene Qualifizierung des Pflegepersonals.

Dies muss allgemein für die pflegerischen Leistungen der Sterbebegleitung und im Besonderen für die spezifischen palliativpflegerischen Maßnahmen und Interventionen einschließlich der pflegerischen Leistungen der Koordinierung fachlich geeignet sein. Die Eignung für die pflegerischen Leistungen der Sterbebegleitung ist durch entsprechende Basisqualifikationen im Rahmen der pflegerischen Ausbildung zu gewährleisten, die Eignung in spezifischer Palliativpflege durch entsprechende Zusatzqualifikationen in Palliative Care auf der Basis einer angemessenen Berufserfahrung, wie sie beispielsweise auch in ambulanten und stationären Hospizen sowie in der SAPV vorgegeben sind.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass „die von der häuslichen Krankenpflege umfasste ambulante Palliativversorgung in den Rahmenempfehlungen gemäß § 132 a SGB V zu berücksichtigen ist“¹⁶. Partner der Rahmenempfehlung sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenverbände der Pflegedienste. Sie haben die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege zu berücksichtigen und folgende Regelungen zu treffen:

1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung
2. Eignung der Leistungserbringer
3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus
5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung
6. Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen
7. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht, zum Abrechnungsverfahren und zur Datenübermittlung.

Mit den Rahmenempfehlungen wird sich demnach maßgeblich die organisatorische Umsetzung der palliativpflegerischen Regelversorgung konkretisieren. Da die bestehenden Versorgungsstrukturen in der ambulanten Pflege flächendeckend in Deutschland vorhanden sind, sollten diese auf jeden Fall so genutzt werden, dass alle Versicherten, die dieser Leistung bedürfen, diese auch erhalten. Mit den spezifischen fachlichen Anforderungen der Palliativpflege, die sich auch in entsprechenden Arbeitsabläufen abbilden, wird bei einem hohen regionalen Versorgungsbedarf etwa in Ballungszentren die Bündelung der personellen Ressourcen durch die Organisation eigenständiger Palliativpflegeteams sinnvoll sein.

¹⁶ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5170, S. 24

Da in der Praxis bereits beide Versorgungsformen mit jeweils guten Erfahrungen vorhanden sind, sollten mit Rücksicht auf die regionalen Unterschiede flexible Gestaltungsmöglichkeiten so vorgesehen werden, dass in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nach § 132a Absatz 3 SGB V entsprechend den Bedürfnissen der schwerkranken und sterbenden Versicherten beide Formen möglich sind.

Von besonderer Bedeutung für die Umsetzung der Palliativpflege ist neben der Eignung der Leistungserbringer und der Qualitätssicherung, zu der nach Ansicht des DHPV auf jeden Fall die Supervision im notwendigen Umfang gehört, die Zusammenarbeit mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus. Hier wird nicht nur durch die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung nach § 87 SGB V eine neues Kommunikations- und Kooperationsniveau zu entwickeln sein, das den Bedürfnissen der Versicherten entspricht, die die Palliativpflege brauchen. Denn die ambulante Palliativversorgung erfordert in pflegerischer wie in medizinischer Hinsicht die kontinuierliche interprofessionelle Abstimmung, um ihre Ziele erreichen zu können. Diese Abstimmung geht über die bisher in der häuslichen Krankenpflege gegebenen Formen der Zusammenarbeit (wechselseitige Berichtspflicht, Einschätzung des Versorgungsbedarfs durch den Vertragsarzt) hinaus und erfordert sowohl gemeinsame Fallbesprechungen als auch die Erstellung eines individuellen Behandlungs- und Versorgungsplanes einschließlich einer angemessenen Kriseninterventionsplanung, der auch die Dienste anderer Leistungserbringer, insbesondere der ambulanten Hospizdienste einschließt und im Bedarfsfall die Ergänzung durch SAPV, den Wechsel in ein stationäres Hospiz oder eine Pflegeeinrichtung oder auch eine Krankenhausbehandlung vorsieht. Diese für die Versorgung Schwerkranker aus pflegerischer Sicht notwendige interprofessionelle Zusammenarbeit ist auch dann erforderlich, wenn ein Arzt nicht an der Versorgung nach § 87 Absatz 1b SGB V teilnimmt.

4.) § 87 Absatz 1b SGB V: Die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung

Zentraler Baustein des HPG ist im Hinblick auf die ambulante Palliativversorgung wie im Hinblick auf die Vernetzung¹⁷ die Einführung der besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung durch Vertragsärzte, also durch Haus- und Fachärzte. Durch zusätzlich vergütete Leistungen soll die Versorgungsqualität gesteigert sowie die Kooperation mit den an der Versorgung Beteiligten und die aktive Koordination der Leistungsangebote gefördert werden¹⁸.

¹⁷ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5170, S. 2

¹⁸ Ebd. S. 27

Der Wortlaut des § 87 Absatz 1 b SGB V

(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum 30. Juni 2016 die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

- 1. Inhalte und Ziele der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen,*
- 2. Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer,*
- 3. Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten*
- 4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.*

Der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer sowie den in § 92 Absatz 7b genannten Organisationen ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Auf der 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 palliativ-medizinischen 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.

Der Gesetzgeber will mit dieser Regelung die Palliativversorgung auch in der Regelversorgung stärken, die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ergänzen 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 fortentwickeln¹⁹.

Der Gesetzgeber verlangt, dass als grundsätzliche Voraussetzung für eine besonders qualifizierte und strukturierte palliativ-medizinische Versorgung

- deren Inhalt und Abstimmung mit anderen Leistungen (z. B. der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung),

¹⁹ Ebd. S. 27

- 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 sind. Zudem sind
- Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität (z. B. durch Erhebung von Qualitätsindikatoren) zu vereinbaren²⁰

Die Gesetzesbegründung²¹ enthält weitere Vorgaben zur näheren Ausgestaltung der besonders qualifizierten und strukturierten palliativ-medizinischen Versorgung:

Zu Zielen und Inhalten

„Ziel der Neuregelung ist ... dass 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.“

Zur spezifischen Qualifikation und zum Personenkreis

„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.“

Zur aktiven Kooperation und Integration als ärztliche Aufgabe

„Die palliativ-medizinisch qualifizierten Ärztinnen oder Ärzte sollen die an der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit beteiligten Ärztinnen und Ärzten 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.“

²⁰ S. 27

²¹ Ebd., S. 27-28

Zu Organisation und Koordination

„Neben einer spezifischen ärztlichen Versorgung sollen 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 § 132g Absatz 3 (neu) berücksichtigt werden... (also die Versorgung in Pflegeeinrichtungen). 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.“

Aus der Sicht (der Fachgruppe) des DHPV sind mit dieser weitreichenden und anspruchsvollen gesetzlichen Regelung wichtige Voraussetzungen gegeben, die entscheidend zu einer Verbesserung der Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden jeden Alters zuhause, in Pflege- und Behinderteneinrichtungen, in stationären Hospizen und anderen Einrichtungen beitragen können. Vorbehaltlich der weiteren Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben im Rahmen des Bundesmantelvertrages, die bis zum 30. Juni 2016 erfolgen soll, zeichnen sich folgende Fragenkomplexe ab:

Frage 1: Erhalten alle Versicherten, die einer ambulanten palliativ-medizinischen Versorgung bedürfen, die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung?

Wenn die in der Gesetzesbegründung vorgegebene Zielsetzung tatsächlich umgesetzt wird, bezieht sich die Palliativversorgung auf schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten in allen Altersgruppen, somit auch auf Kinder und Jugendliche. Dabei geht es um Patienten mit einer inkurablen, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit dem Ziel, die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicherzustellen sowie der Sensibilität der besonderen Situation der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen.

Die leistungsbegründenden Kriterien ergeben sich somit aus den Anforderungen an die Erkrankung und an die der Palliativversorgung immanenten Behandlungsbedürftigkeit von Symptomen mit der Ausrichtung auf die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität und der Sensibilität für die besondere Situation Schwerkranker und Sterbender. Weitergehende Anforderungen, wie eine aufwändige Versorgung aufgrund eines komplexen Symptomgeschehens oder die absehbar begrenzte Lebenserwartung, sind nicht verlangt.

Damit ist der Personenkreis sehr weit gefasst, d. h. der Zugang zur Versorgung ist von daher prinzipiell allen Palliativpatienten möglich, zumal – anders als bei der häuslichen Krankenpflege oder der SAPV – die Versorgung nicht unter dem Vorbehalt der Prüfung und Genehmigung durch die Krankenkassen steht.

Offen bleibt jedoch, ob die frühzeitige Integration von Palliativversorgung bei gleichzeitig bestehender kurativer Behandlung möglich ist, denn die Anforderungen an die Erkrankung könnten dem entgegenstehen. Da es aber dem Gesetzgeber wichtig ist, „dass ein fließender Übergang zwischen der kurativen Behandlung und der palliativ-medizinischen Versorgung gewährleistet werden kann“²², ist in den Regelungen des Bundesmantelvertrages zu gewährleisten, dass der – ggf. auch nur zeitweise – bestehende palliative Versorgungsbedarf bei einer noch gegebenen kurativen Behandlung maßgeblich sein kann. Denn für die Patienten in ihrer besonderen Situation sind oftmals die belastenden Symptome schwerwiegender als das Stadium einer Erkrankung, wobei die Gleichzeitigkeit von kurativer und ggf. intermittierender palliativer Versorgung in hohem Maße mit der durchaus belastenden Ambivalenz für Patienten und Angehörige einhergeht. Diese besondere Situation zwischen der Hoffnung auf Heilung bzw. Lebensverlängerung und der nahenden Unausweichlichkeit des Sterbens ist zudem in der Versorgung von lebenslimitiert erkrankten Kindern und Jugendlichen für alle an der Versorgung Beteiligten prägend.

Während die Bestimmungen zum Personenkreis weit gefasst sind und keine hohen Hürden beim Zugang erwarten lassen, könnte sich aus den finanziellen Regelungen und den Anforderungen an die Qualifikation, aber auch bei etwaigem Rückgang der Zahl der Vertragsärzte eine Verengung des Zugangs ergeben. Denn die gesetzliche Regelung verpflichtet keinen Arzt zur Mitwirkung an der palliativ-medizinischen Versorgung, es bleibt der Entscheidung des einzelnen Vertragsarztes überlassen, ob er die Leistungs- und Vergütungsvoraussetzungen erfüllen und die Leistungen erbringen kann und will. Dies wiederum kann durch die Art und die Höhe der Vergütung, durch den Aufwand für die Qualifizierung und die hierfür geforderten Voraussetzungen, aber auch von den fachlichen Interessen der Ärzte beeinflusst sein. Wenn die Zahl der Vertragsärzte in einer Region stark abnimmt und die Regelversorgung der Bevölkerung auf immer weniger Arztsitze verteilt ist, wird die durchaus aufwändige Palliativversorgung möglicherweise einen schweren Stand haben. Die bisherige Entwicklung der palliativ-medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die geringe Zahl an palliativ-medizinisch qualifizierten niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten lassen solche Szenarien mehr als nur erahnen.

²² Ebd.

Deshalb sollte zur Wahrung der Zugangsgerechtigkeit bei der Umsetzung der besonders qualifizierten und strukturierten palliativ-medizinischen Versorgung darauf geachtet werden, dass die Ärzte nicht unbedingt Leistungen erbringen, die auch von nichtärztlichen Gesundheitsberufen erbracht werden können.

Da im Rahmen der palliativ-medizinischen Versorgung ohnehin besondere Anforderungen an die Kooperation gestellt sind, sollte der sparsame Umgang mit der Ressource „ärztliche Arbeitszeit“ insbesondere durch die Delegation von Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe im Rahmen der juristischen, fachlichen und auch finanziellen Rahmenbedingungen ausgenutzt werden.

Frage 2: Welche Leistungen umfasst die besonders qualifizierte und strukturierte palliativ-medizinische Versorgung?

Der Gesetzgeber begreift gemäß § 87 Absatz 1b SGB V die besonders qualifizierte und strukturierte palliativ-medizinische Versorgung als Leistung, die von anderen Leistungen, etwa der SAPV, abzugrenzen ist. Ziele und Inhalte dieser Leistung sind im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren, ebenso die Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung Beteiligten. Aus diesen gesetzlichen Vorgaben lässt sich der Leistungsumfang in zwei Bereiche unterteilen, nämlich in die palliativ-medizinische Behandlung und die Koordination der Versorgung einschließlich der aktiven Kooperation.

Spezifische ärztliche Versorgung: Behandlung und Begleitung

In der Begründung zu § 87b Absatz 1b SGB V²³ führt der Gesetzgeber aus, dass die besonderen Leistungen nur abgerechnet werden dürfen, wenn eine Qualifikation vorliegt, 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. Demnach umfasst die „spezifische ärztliche Versorgung“ die ärztliche Behandlung und Begleitung, erschöpft sich also nicht in Diagnostik und Therapie bzw. in den Maßnahmen, die im Rahmen der Symptomkontrolle, auch der vorausschauenden Symptomkontrolle, medizinisch erforderlich sind. Da im Hinblick auf die Vergütung der Leistungen im EBM die neue gesetzliche Regelung eine Weiterentwicklung darstellen soll, müssen die dort im Palliativkapitel aufgeführten Leistungen²⁴ – palliatives Assessment, Koordinierung etc. – ggf. um Maßnahmen der Begleitung, etwa basierend auf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung²⁵ oder

²³ Vgl. Ebd., S. 27

²⁴ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Online-Version des EBM. <http://www.kbv.de/html/13259.php>

²⁵ Bundesärztekammer: Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 17,

der S3-Leitlinie zur Palliativmedizin²⁶ erweitert werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass sich die ärztliche Begleitung, die pflegerischen Maßnahmen der Sterbebegleitung und die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung der ambulanten Hospizdienste²⁷ ergänzen und nicht gegenseitig ausschließen. Sicher zu stellen sind innerhalb dieses Leistungsbereiches auf jeden Fall die erforderlichen Hausbesuche sowie die Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) außerhalb der Praxiszeiten. Dazu gehört auch, dass die hausärztlichen Not- und Hintergrunddienste sowie die Notärzte die erforderlichen palliativ-medizinischen Qualifikationen erfüllen, die sich auch aus dem grundlegenden Rechtsanspruch auf Palliativversorgung nach § 27 SGB V ergeben.

Koordination und aktive Kooperation

Koordination ist nach der Gesetzesbegründung eine Leistung neben der spezifischen ärztlichen Versorgung. Es geht dabei um die Abstimmung verschiedener Leistungen und Leistungserbringer, also nicht nur um die Koordination der medizinischen Leistungen: „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 § 132g Absatz 3 (neu) berücksichtigt werden.“²⁸ Die Koordinationsleistung im Rahmen der ambulanten palliativ-medizinischen Versorgung erstreckt sich damit auch auf die Versorgung in stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen und hat vorhandene Verträge zur besonders strukturierten Versorgung in Pflegeheimen bzw. im Rahmen der von den Einrichtungen verantworteten gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende zu berücksichtigen. Da nach Ansicht der Fachgruppe des DHPV bei der Koordination gewachsene Strukturen berücksichtigt und Koordinationsleistungen vielfach durch nichtärztliches Fachpersonal erbracht werden können, bedarf es in den Versorgungsregionen eines transparenten Informationsstandes über die an der palliativ-medizinischen Regelversorgung teilnehmenden palliativ-medizinisch qualifizierten Vertragsärzte, über die anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer, über die geschlossenen Verträge nach § 119b SGB V sowie die stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen, die sich an der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende beteiligen.

18. Februar 2011

²⁶ Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL.

²⁷ Vgl. Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 SGB V vom 14.3.2016

²⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5170, S. 27

Zu dieser Transparenz, die ggf. durch die Beratungs- und Informationspflichten der Krankenkassen gemäß § 39b SGB V hergestellt werden kann, gehört auch die verbindliche Regelung, wie die Koordination im Einzelfall sichergestellt ist. Denn die Versorgungswirklichkeit ist durch das Vorhandensein mehrerer möglicher Koordinationsinstanzen – Patient und Angehörige, Ärzte, Pflegedienste, ambulante Hospizdienste, Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkte u. a. – gekennzeichnet. Diese haben sich aus der Sicht des DHPV ausgerichtet auf die Besonderheit des Einzelfalles zu ergänzen und zu gewährleisten, dass nicht nur die Versorgung selbst, sondern auch die Koordination abgestimmt erfolgt.

Aus der Sicht der Fachgruppe darf die in § 87 Absatz 1b SGB V geregelte Zuständigkeit für die Sicherstellung der Koordination palliativ-medizinischer Versorgungsleistung bei den Haus- und Fachärzten nicht zur größten Schwachstelle des Gesetzes werden. Denn es stellt sich einerseits die Frage nach der Effizienz – wenn jede Praxis oder Praxisgemeinschaft ihre eigene Koordination aufbauen und ihre eigenen Netzwerke knüpfen muss, ergibt sich Doppelarbeit in ganz erheblichem Umfang. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass bereits vorhandene und regional sehr unterschiedlich arbeitende, gut funktionierende Strukturen wie z.B. SAPV-Teams, ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste, Pflegeanbieter u. a. nicht genutzt oder nicht einbezogen werden, weil sie entweder noch nicht bekannt sind, oder weil deren Koordination einen erheblichen zusätzlichen Zeitaufwand für die Praxis bedeutet.

Die Erfahrungen beim Aufbau dieser Netzwerke zeigen sehr deutlich, dass gerade zu Beginn einer Versorgung eine kontinuierliche und intensive Koordinationsarbeit erforderlich ist, um die an der Versorgung beteiligten Dienste bedarfsgerecht einzubinden, und den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden. Diese Koordinationsleistung wird erbracht schon bevor es überhaupt zu einer Versorgung und damit zu einer abrechenbaren Leistung kommt. Teilweise kann eine bereits vorkoordinierte Versorgung auch gar nicht mehr eingeleitet werden, da die Situation sich so schnell verändert hat, dass die vorgedachte Planung nicht mehr passend ist. Dies ist von Ärzten, in dem aus unserer Erfahrung notwendigen Umfang von ca. 3–4 Stunden Koordinationsarbeit allein zu Versorgungsbeginn nicht leistbar.

Auch hat der Gesetzgeber darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Koordination ein bestmöglicher Informationsaustausch zu gewährleisten ist.²⁹ Information und Abstimmung sind die wesentlichen methodischen Instrumente der Koordination, zu der auch nach Auffassung des Gesetzgebers gemeinsame Fallbesprechungen sowie die Vereinbarung der Behandlungs- und Versorgungsplanung gehören.

²⁹ Ebd., S. 27

Damit werden wesentliche Elemente des Case-Managements benannt, dessen Funktion für die ambulante Palliativversorgung auf der Fallebene in der Synchronisation und Integration der verschiedenen Leistungen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer liegt, dessen Funktion auf der Systemebene in der Vernetzung und damit in der Einbindung in ein regionales Versorgungsnetzwerk, einem Hospiz- und Palliativnetz, liegt.

Die gesetzlich verlangte aktive Kooperation bezieht sich auf die Fallebene, d. h. die „palliativ-medizinisch qualifizierten Ärztinnen oder Ärzte sollen die an der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nichtärztlichen Gesundheitsberufe, psychosozialen Dienste, Hospizdienste, ggf. auch unterstützende und pflegende Angehörige bzw. Betreuungs- und Bezugspersonen, miteinander im Rahmen einer aktiven Kooperation synchronisieren und integrieren.“³⁰

Dieser aktive Synchronisations- und Integrationsprozess muss fallbezogen und situativ erfolgen, sollte aber im Hinblick auf immer wiederkehrende Versorgungskonstellationen auf der Grundlage von Kooperationsvereinbarungen (passive Kooperation) routinemäßig und verbindlich gestaltet werden. Solche Kooperationsvereinbarungen sind insbesondere mit ambulanten Pflege- und Hospizdiensten, mit Apotheken und Sanitätshäusern zu empfehlen und als Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistungen zu bestimmen.

Frage 3: Wie grenzt sich die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung von anderen Leistungen ab?

Die vom Gesetzgeber verlangte Abgrenzung zu anderen Leistungen ergibt sich bei der Palliativversorgung im Hinblick auf die Versorgungsstruktur, auf den Versorgungsbedarf sowie auf die fachlichen Anforderungen.

In fachlicher Hinsicht scheint in der hospizlich-palliativen Regelversorgung, die sich aus fachlich unterschiedlichen Einzelleistungen zusammensetzt, die Abgrenzung klar zu sein: Ärzte erbringen medizinische Leistungen, Pflegedienste pflegerische Leistungen und Hospizdienste Beratung und Begleitung im Sinne psychosozialer Unterstützung.

Klärungsbedürftig ist demgegenüber jedoch die Abgrenzung bei der Koordination im Einzelfall, bei der sich unterschiedliche Koordinationsfunktionen integrieren und ergänzen sollen. Hierbei erscheint es sinnvoll, der palliativ-medizinischen Versorgung die organisatorische Verantwortung für die Sicherstellung der Koordination zu übertragen.

³⁰ Ebd.

Da aber im konkreten Einzelfall ein verantwortlicher Vertragsarzt unter Umständen nicht an der palliativ-medizinischen Versorgung beteiligt ist, sollte sichergestellt werden, dass in diesen Fällen entweder ein qualifizierter Arzt hinzugezogen wird oder die Koordinierung von entsprechend qualifizierten beteiligten Diensten übernommen wird.

Im Hinblick auf die Versorgungsstruktur soll im Einzelfall ein palliativ-medizinisch verantwortetes interprofessionelles Miteinander zu Stande kommen, eine dauerhafte eigenständige interprofessionelle Versorgungsstruktur im Sinne eines Teams ist nicht explizit vorgesehen, aber auch nicht ausgeschlossen. Aus der Sicht der Versorgungskontinuität und der Zugangsgerechtigkeit sollten in der Regelversorgung dauerhafte interprofessionelle Versorgungsteams gegenüber der fallweisen Zusammenarbeit in ihrer Wirksamkeit näher erprobt werden.

Die Abgrenzung zur SAPV sollte aus Sicht des DHPV nicht von der Organisationsstruktur, sondern vom Versorgungsbedarf her erfolgen. Denn der Leistungsanspruch nach § 37b SGB V bezieht sich auf die besonders aufwändige Versorgung, die nach der Gesetzesbegründung von 2007 bei ca. 10 % der Palliativpatienten vorliegt³¹. Der Gesetzgeber hat an dieser grundlegenden Regelung nichts verändert.

Die konkrete Ausgestaltung der palliativ-medizinischen Versorgung wird auch Auswirkungen auf die Versorgung durch die ambulante und die stationäre Pflege, die ambulanten und stationären Hospizleistungen und die Krankenhausbehandlung haben. Denn wenn die Qualität palliativ-medizinischer Versorgung steigt, ist zu erwarten, dass die bestehenden Versorgungsformen besser als bisher adäquat genutzt bzw. eingebunden werden. Inwieweit sich hieraus veränderte Anforderungen an die unterschiedlichen Versorgungsbereiche ergeben, sollte begleitend untersucht und erforscht werden, um rechtzeitig und ausreichend durch notwendige Modifikationen und Ergänzungen die Hospiz- und Palliativversorgung bedarfsgerecht zu gestalten.

Frage 4: Wie sind die Ärztinnen und Ärzte zu qualifizieren?

Der Gesetzgeber führt in der Begründung aus, dass eine „spezifische Qualifikation zur Palliativmedizin“ verlangt wird, „die dazu befähigt, die Behandlung und Begleitung der Patientin oder des Patienten mit einer unheilbaren, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen durchzuführen, die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicherzustellen sowie der Sensibilität der besonderen Situation der Patientin und Patienten Rechnung zu tragen.“³²

³¹ Vgl. Begründung zu § 37b SGB V, BT 755/06
Sozialgesetzbuch, Ergänzungsband Gesundheitsreform, Essen 2007

³² Ebd., S. 27

Dem Gesetzgeber ist auch daher die Einbeziehung der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer wichtig. Gleichzeitig gibt er mit dem Hinweis auf die Zahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin einen wichtigen Hinweis auf das Qualifizierungsniveau.

Nach Ansicht des DHPV ist die ärztliche Ausbildung unter Berücksichtigung der neuen Regelungen bei der ärztlichen Ausbildung seit 2011 nicht ausreichend für die Anforderungen nach § 87 Abs. 1b SGB V. Auch reicht ein palliativ-medizinischer Basiskurs von 40 Stunden nicht unbedingt aus, da dieser ja vor allem für Ärztinnen und Ärzte konzipiert wird, die noch keine palliativ-medizinischen Studieninhalte in der Ausbildung erfahren hatten. Die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin hat andererseits den Nachteil, dass sie Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztausbildung, die gleichwohl hausärztlich tätig sind, nicht zugänglich ist.³³

Insofern zeichnet sich ein neues Qualifizierungsniveau ab, das nicht unbedingt an die Facharztausbildung gekoppelt ist. Neben dem Basiskurs sollten auch die regelmäßige tätigkeitsbegleitende Fortbildung, die Teilnahme an Qualitätszirkeln sowie die multiprofessionelle Zusammenarbeit und die Netzwerkeinbindung Berücksichtigung finden.

Dabei sollte nach Ansicht des DHPV wesentlich sein, dass neben den sich aus der fachlichen palliativ-medizinischen Versorgung ergebenden Themen wie Symptomkontrolle, ärztliche Begleitung, Kommunikation, Haltung etc. auch die besonderen Anforderungen an die Koordination, die aktive Kooperation sowie an die Vernetzung Eingang in die besondere Qualifikation finden.

Die besondere Qualifikation hat auf jeden Fall zweigliedrig zu erfolgen, d. h. neben der initialen besonderen Qualifizierung umfasst sie auch die „Vorgaben zur spezifischen fachlichen Fortbildung“³⁴.

Nach Ansicht des DHPV ist die Fortbildung eine wesentliche Maßnahme zur Qualitätssicherung und sollte daher bei der Festlegung von Qualitätsindikatoren, wie sie der Gesetzgeber über die Qualifizierung hinaus verlangt, explizit aufgenommen werden.

³³ Wobei die Zahl der Hausärzte ohne Facharztausbildung rückläufig ist.

³⁴ Ebd.

5.) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 132d SGB V

Die SAPV wurde in leistungsrechtlicher Hinsicht nicht verändert, allerdings gibt es einige Neuerungen im Hinblick auf die vertraglichen Grundlagen. Schließlich könnte sich eine Leistungserweiterung der spezialisierten Palliativversorgung im Bereich der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende oder bei den Palliativdiensten im Krankenhaus ergeben.

Hauptsächlich geht es dem Gesetzgeber darum, die flächendeckende Versorgung weiter voranzubringen. So wurde im § 37b SGB V die Berichtspflicht des Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Gesundheitsministerium aufgenommen, ergänzend zu der bestehenden Berichtspflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses. Gemeinsam mit den Berichtspflichten zur häuslichen Krankenpflege und zur palliativ-medizinischen Versorgung wird im Hinblick auf die SAPV damit ein umfassenderer Einblick in das Versorgungsgeschehen möglich als bisher. Inwieweit und ab wann dies zur besseren Flächendeckung in der SAPV führen wird, bleibt nach Ansicht des DHPV abzuwarten.

Dies gilt auch für eine weitere Änderung, nämlich die Ergänzung des § 132d Absatz 1 SGB V um eine unabhängige Schiedsperson oder die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen, die im Falle der Nichteinigung der potentiellen Vertragspartner – Krankenkassen und geeigneten Einrichtungen/Personen – den Vertragsinhalt festlegen soll. Das Schiedsverfahren soll nach der Gesetzesbegründung Vertragsabschlüsse beschleunigen, wobei der Gesetzgeber insbesondere die Versorgung in ländlichen oder strukturschwachen Regionen im Blick hat.

Aus der Sicht des DHPV ist es jedoch kritisch anzumerken, ob dieses Ziel mit einem Schiedsverfahren zu erreichen ist. Denn einerseits legt die Schiedsperson nur den Vertragsinhalt fest; ob sie auch für die Vergütung zuständig ist, bleibt offen. Andererseits kann auch eine Schiedsstelle nicht von den gesetzlichen Anforderungen an die SAPV abweichen, d. h. in den Fällen, bei denen in einer Versorgungsregion die Anforderungen nicht erfüllt werden können, kann auch die Schiedsperson nicht für einen Vertrag sorgen. Insofern erscheint aus Sicht des DHPV diese Regelung als Katalysator für die flächendeckende Versorgung wenig plausibel. Da diese Regelung sich aber nicht nur auf die genannten Regionen, sondern prinzipiell auf alle Versorgungsregionen bezieht, kann sie auch genutzt werden, um dort, wo bereits SAPV besteht, weitere Verträge abzuschließen. Diese Auswirkung dürfte dann zu einer intensiven Frage nach dem jeweiligen Versorgungsbedarf führen, d. h. ob die Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV, wie sie in den Empfehlungen nach § 132d Absatz 2 SGB V verlangt sind, ggfs. anzupassen sind.

Nach Ansicht des DHPV ist fraglich, ob diese Maßnahmen eine nachhaltige Entwicklung zu einer flächendeckenden Versorgung anstoßen. Auch die in diesem Zusammenhang wichtige neue Vertragsmöglichkeit, SAPV integrativ zu gestalten (§ 132d Absatz 4 SGB V) löst möglicherweise nicht die grundsätzlichen Probleme der Flächendeckung, da auch diese Regelung nicht per se die erforderlichen Versorgungsstrukturen generiert und die Befürchtung einer Absenkung der Versorgungsqualität durch die Anforderungen an integrative Versorgungskonzepte durch die neue gesetzliche Regelung ausgeschlossen ist. Insofern stellt diese Vertragsform eine zusätzliche Möglichkeit dar, AAPV und SAPV gemeinsam zu gestalten.

Aus der Sicht des DHPV sollten daher im Hinblick auf die Verpflichtung, dass Dienste und Angebote der Krankenbehandlung und damit auch der Palliativversorgung rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen sollen (§ 17 SGB V) und im Hinblick auf den Rechtsanspruch auf SAPV aktive Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung überall dort, wo noch keine Versorgung gegeben ist, ergriffen werden. Dies gilt nicht nur für ländliche oder schwach strukturierte Regionen, sondern im Hinblick auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch in städtischen Gebieten und Metropolregionen.

Zu dieser aktiven Planung der Versorgung gehört auch die Klärung der Frage, ob SAPV-Verträge gemäß § 69 Absatz 2 Satz 4 SGB V dem Vergaberecht unterliegen. Denn bereits seit 01.01.2011 gilt diese Vorgabe, die sich nicht nur auf die SAPV bezieht, aber bislang im Leistungsrecht der Krankenversicherung nicht auf soziale Dienstleistungen wie die SAPV angewandt wurde. Aktuell ist diese Frage Gegenstand eines zivilrechtlichen Verfahrens, das quasi erstinstanzlich seitens der Vergabekammer des Bundes dahingehend entschieden wurde³⁵, dass das Vergaberecht, das zum 18.04.2016 novelliert wurde³⁶, bei SAPV-Verträgen anzuwenden sei. Abzuwarten ist das ausstehende Beschwerdeverfahren³⁷ gegen diese Entscheidung vor dem OLG Düsseldorf. Noch nicht abzusehen ist, welche Auswirkungen sich ergeben, wenn das bisherige Vertragsgeschehen, für das der sozialrechtliche Rechtsweg offen stand, durch das Vergaberecht mit zivilrechtlichem Rechtsweg abgelöst wird.

Insgesamt kann die Berücksichtigung der SAPV im HPG dahingehend bewertet werden, dass die Impulse für die Flächendeckung eher zu schwach sind, um eine nachhaltige Schließung der Versorgungslücken zu erreichen. Damit ist jedoch die Bewertung der SAPV im Lichte des HPG nicht vollständig, denn einerseits erwächst mit der AAPV eine besonders qualifizierte und koordinierte palliative Regelversorgung, die durchaus die Möglichkeit beinhaltet, dass der Bedarf eines Menschen an SAPV geringer wird.

³⁵ 2. Vergabekammer des Bundes VK 2 – 103/15 vom 23.11.2015

³⁶ Ab diesem Tag gilt das neue Vergaberecht, vgl. BGBl Nr. 8 vom 23.02.2016, S. 203

³⁷ Die mündliche Verhandlung war am 11. Mai 2016, die Urteilsverkündung erfolgt am 08. Juni 2016.

Dies ist als Prävention von komplexen Beschwerden mit einhergehendem hohem Leidensdruck durch frühzeitige palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung sehr sinnvoll. Andererseits kann aber zugleich der SAPV-Bedarf steigen, da insgesamt mehr Menschen mit dem entsprechenden Versorgungsbedarf durch die qualifizierten Akteure in der AAPV erkannt werden.

- Abschließend sei darauf hingewiesen, dass das HPG durch die mögliche Beteiligung der SAPV an der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende in Pflege- und Behinderteneinrichtungen sowie durch die Anforderungen an die Palliativdienste im Krankenhaus, die laut Gesetzgeber ebenfalls einen spezialisierten Versorgungsbedarf abdecken sollen³⁸, ggf. neue Handlungsspielräume eröffnet.

Fazit

- Im Ergebnis bietet das HPG für die ambulante Palliativversorgung, insbesondere für die häusliche Versorgung ein hohes Potential an Verbesserungen und Entwicklungsmöglichkeiten. Der Gesetzgeber hat den Rechtsanspruch auf Palliativversorgung und den Leistungsanspruch auf pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung bekräftigt mit dem Ziel, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, die Partner im Gesundheitswesen verpflichtet, bei allen Leistungen die Belange Schwerkranker und Sterbender zu berücksichtigen und darüber hinaus auch die notwendigen Versorgungsstrukturen in der AAPV zu entwickeln und zu etablieren.

Dass dieser Anspruch jedoch tatsächlich zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung führt, wird durch die Gesetzgebung nicht von vorneherein sichergestellt. Denn der Anspruch auf Palliativversorgung im Gesetz muss erst durch die Partner im Gesundheitswesen ausgestaltet und damit einem Prozess unterzogen werden, der neben fachlichen Aspekten in hohem Maße vom Interessenausgleich bzw. der Durchsetzung von Interessen geprägt ist. Das größte Problem aber, das sich ergeben kann, ist, ob und wie die gesetzliche Regelung und die daraus abgeleiteten Handlungsprogramme sowohl in pflegerischer als auch ärztlicher Hinsicht sowie hinsichtlich der unbedingt erforderlichen Vernetzung von den Primärversorgern aufgegriffen und zum Wohle der Schwerkranken und Sterbenden in den Versorgungsalltag übernommen werden.

³⁸ Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/6585: Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Vom 4.11.2015, S. 30

Ganz und gar unzureichend sind aus Sicht des DHPV die Impulse für eine flächendeckende SAPV. So lange die Krankenkassen ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachkommen und auch nicht ihrem Auftrag, dass sie gemeinsam mit ihren Partnern im Gesundheitswesen rechtzeitig und ausreichend die notwendige Versorgung bereit zu stellen haben, solange wird es keine Flächendeckung geben. Im Kern bedeutet dies, dass die grund- und menschenrechtliche Lücke, die den Gesetzgeber zur Aufnahme des Rechtsanspruchs auf SAPV in die Krankenversicherung bewogen hat³⁹, in der Krankenversorgung weiter bestehen bleibt.

Literatur

Bundesärztekammer: Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7, 18.2.2011.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), Berlin, 23.4.2013.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) anlässlich der Anhörung des Gesetzesentwurfs im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 21. September 2016, Berlin 16.9.2015.

³⁹ Vgl. Begründung zu § 37 b SGB V, BT 755/06
Sozialgesetzbuch Ergänzungsband, Gesundheitsreform Essen 2007

Deutscher Bundestag Drucksache 18/6585: Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 4.11.2015.

Deutscher Bundestag Drucksache 18/5170: Gesetzesentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 12.6. 2015.

- Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5868: Unterrichtung durch die Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.: Advance Care Planning (ACP) in stationären Pflegeeinrichtungen. Eine Einführung auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG), Berlin, 23.2.2016.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) vom 20.12.2007 in der Fassung vom 16.4.2010.

- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), veröffentlicht im Bundes-Hospiz-Anzeiger am 6.10.2014.

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 1. Dezember 2015. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7.12.2015.

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Online-Version des EBM. <http://www.kbv.de/html/13259.php>, Zugriff am 18.4.2016.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL.

Montag Thomas und Weihrauch Birgit: Charta-Perspektive Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung. Bundes-Hospiz-Anzeiger, Schwerpunktthema Ambulante Palliativversorgung Ausgabe 2, 13. Jahrgang 2015, S. 9-10.

Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 2 Satz 8 SGB V vom 14.3.2016.

Sozialgesetzbuch Ergänzungsband, Gesundheitsreform Essen 2007.