



DEUTSCHE HOSPIZ STIFTUNG
Patientenschutz für Schwerstkranke und Sterbende

Weil Sterben auch Leben ist

Hospiz Patientenschutz Aktuell

Mai 2006

Sonder-Info . . . Sonder-Info . . . Sonder-Info . . . Sonde

Gesetz zur Verbesserung der palliativen und hospizlichen Leistungen (Palliativleistungsgesetz – PallLG)

Gesetzentwurf mit Begründung

vorgelegt von der
Deutschen Hospiz Stiftung

Stand: 23. Mai 2006

Ein Service der Deutschen Hospiz Stiftung



Inhaltsübersicht

Art. 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Art. 2	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Art. 3	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Art. 4	Änderung des Heimgesetzes
Art. 5	Überleitungsvorschriften
Art. 6	Berichtspflicht
Art. 7	Inkrafttreten

Art. 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 2a wird wie folgt gefasst:

„Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen sowie von Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung ist Rechnung zu tragen.“

2. § 27 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Teil der Krankenbehandlung ist auch die Versorgung mit palliativen Leistungen, insbesondere mit palliativärztlichen und palliativpflegerischen Leistungen.“

b) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 wird folgende Nr. 1a eingefügt:

„die Versorgung mit aufeinander abgestimmten palliativen, insbesondere mit palliativärztlichen und palliativpflegerischen Leistungen im Rahmen ambulanter Palliativdienste,“

3. In § 28 wird in Absatz 1 Satz 1 der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Teil der ärztlichen Behandlung ist auch die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen ambulanter Palliativdienste (§ 37a).“

4. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird folgendermaßen gefasst:

„Häusliche Krankenpflege und Palliativpflege“

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„Versicherte haben Anspruch auf palliativpflegerische Versorgung insbesondere im Rahmen ambulanter Palliativdienste (§ 37a).“

5. § 37a erhält folgende Fassung:

„§ 37a Ambulante Palliativdienste und ambulante Hospizdienste

(1) ¹Versicherte mit Bedarf an palliativer Versorgung haben Anspruch auf die palliativen, namentlich die palliativärztlichen und palliativpflegerischen Leistungen ambulanter Palliativdienste, die die übrigen Leistungen der Krankenbehandlung ergänzen.

²Versicherte mit Bedarf an palliativer Versorgung sind Menschen, die an einer Erkrankung leiden, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativärztliche und palliativpflegerische Behandlung notwendig ist. ³Ambulante Palliativdienste wirken an der palliativen Versorgung von Versicherten mit, indem sie auf der Grundlage andauernder Erreichbarkeit insbesondere

1. ergänzend zur haus- oder fachärztlichen Versorgung die palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung sicherstellen, auch soweit sich der oder die Versicherte in einem Heim aufhält,
2. im Einverständnis mit dem oder der Versicherten andere Leistungserbringer, namentlich Hausärztinnen und Hausärzte sowie Pflegende, bei der Schmerztherapie und der Symptomkontrolle beraten und anleiten,
3. Angehörige im Einverständnis mit dem oder der Versicherten beraten und begleiten,
4. Betreuungskonzepte in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern erarbeiten, die auch die psychosoziale Betreuung insbesondere durch ambulante Hospizdienste (Absatz 2) betreffen,
5. Hilfestellung leisten, wenn der oder die Versicherte zur Palliativversorgung in ein Krankenhaus überwiesen, aus dem Krankenhaus entlassen, in ein stationäres Hospiz oder ein Heim aufgenommen wird oder dieses verlässt.

⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1a erstmals bis zum 31. Oktober 2006 fest, anhand welcher Kriterien sich die Notwendigkeit der ergänzenden Palliativversorgung im Rahmen ambulanter Palliativdienste bestimmen lässt, wie der Personalbedarf gemessen und angepasst werden kann und welchen personellen und fachlichen Standards eine bedarfsgerechte Palliativversorgung im Rahmen ambulanter Palliativdienste ab 1. Januar 2007 genügen muss; er legt insbesondere auch das Nähere dazu fest, welche Ärztinnen und Ärzte unter Wahrung des di-



rekten Zugangs der Versicherten zu ambulanten Palliativdiensten zu Überweisungen befugt und verpflichtet sind.⁵ Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft auch, inwieweit andere Richtlinien, namentlich die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und Nr. 6, stärker auf die Bedürfnisse der Palliativversorgung abgestimmt werden müssen; anpassungsbedürftige Richtlinien sind mit Wirkung ab 1. Januar 2007 bis spätestens 31. Oktober 2006 zu erlassen.⁶ Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt ferner erstmals bis zum 31. Oktober 2006 ab 1. Januar 2007 vorgesehene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der palliativärztlichen und palliativpflegerischen Versorgung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser.⁷ Bei seinen Beschlüssen nach den Sätzen 5 bis 6 berücksichtigt der Gemeinsame Bundesausschuss die Erfahrungen vergleichbarer Versorgungsangebote, die in Modellprojekten, namentlich im Rahmen integrierter Versorgungsformen, und bei der stationären palliativen Versorgung in In- und Ausland gemacht wurden und werden.⁸ Verstreicht die in den Sätzen 4, 5 und 6 genannte Frist, ohne dass die dort genannten Beschlüsse gefasst sind, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien so rechtzeitig, dass sie am 1. Januar 2007 in Kraft treten können; die Richtlinien sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen.

(2) ¹Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie, in Heimen oder stationären Hospizen erbringen. ²Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst mit Leistungserbringern, namentlich im Rahmen ambulanter Palliativdienste, zusammenarbeitet. ³Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss, der sich insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt. ⁴Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 belaufen sich für jeden Versicherten auf 0,40 Euro im Jahr 2007; dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. ⁵Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizdienste erstmals bis zum 31. Oktober 2006.“

(3) Soweit ambulante Palliativdienste Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung behandeln, die sich in Krankenhäusern mit Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich oder organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, oder in stationären Hospizen befinden, kann der Träger der Krankenversicherung durch Verwaltungsakt festsetzen, dass der Träger der Einrichtung die Kosten der Versorgung durch den ambulanten Palliativdienst, gegebenenfalls anteilig, zu ersetzen hat; eine Pauschalierung der zu erstattenden Kosten ist möglich.“

6. Der bisherige § 37a wird § 37b.

7. § 39 Abs. 1 wird wie folgt ergänzt:
- In § 39 Abs. 1 Satz 3 werden hinter dem Klammerzusatz „(28 Abs. 1)“ und dem „Komma“ folgende Worte eingefügt:
„einschließlich palliativärztlicher Versorgung“.
 - In § 39 Abs. 1 Satz 3 werden hinter dem Wort „Krankenpflege“ folgende Worte eingefügt:
„einschließlich Palliativpflege“
8. § 39a wird aufgehoben.
9. § 92 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz werden hinter dem Wort „Kranker“ die Worte „sowie von Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung“ eingefügt.
 - Nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 wird folgende Nr. 1a eingefügt:
„palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung im Rahmen ambulanter Palliativdienste,“
 - Nach Absatz 7a wird folgender Absatz 7b eingefügt:
„¹Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur palliativärztlichen und palliativpflegerischen Versorgung im Rahmen ambulanter Palliativdienste ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie auf Bundesebene tätigen Organisationen, deren satzungsgemäßer Zweck die Stärkung der palliativen oder hospizlichen Versorgung ist, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ²Die Beschlüsse sind zu begründen; der Begründung muss insbesondere zu entnehmen sein, wieso in Stellungnahmen enthaltenen Vorschlägen gefolgt oder nicht gefolgt wurde. ³Die Sätze 1 und 2 gelten für Richtlinien gemäß § 37a Abs. 1 Satz 4 und für Beschlüsse nach § 37a Abs. 1 Satz 5 entsprechend.“
10. Nach § 107 wird folgender § 107a eingefügt:
- „§ 107a Stationäre Hospize
- ¹Stationäre Hospize sind unter ständiger ärztlicher Verantwortung betriebene Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag, für Versicherte nach § 37a Abs. 1 Satz 1, die nicht ambulant versorgt werden können, palliativärztliche und palliativpflegerische Behandlung zu erbringen. ²Soweit in Krankenhäusern die palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung nach Maßgabe der in § 37a Abs. 1 Sätze 3 und 4 genannten Richtlinien nicht gewährleistet ist, schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit dem Träger des stationären Hospizes einen Versorgungsvertrag mit Wirkung ab 1. Januar 2007. ³§ 109 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, Abs. 3, Abs. 4 Satz 1 und Satz 3, § 110 Abs. 1 Sätze 1 und 2, Abs. 2 gelten entsprechend.“



11. § 125 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6“ ersetzt durch die Worte „Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1a und Nr. 6“.
- b) In Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 wird hinter dem Komma folgender Halbsatz eingefügt:
„wobei auch die Besonderheiten der palliativärztlichen und palliativpflegerischen Versorgung zu beachten sind.“

12. § 132a wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
„Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Palliativpflege; ambulante Palliativdienste“.
- b) In Absatz 1 Satz 4 Nr. 3 werden hinter dem Komma folgende Worte ergänzt:
„insbesondere im Hinblick auf die Palliativpflege“
- c) In Absatz 2 Satz 1 werden hinter dem Wort „Krankenpflege“ folgende Worte ergänzt:
„und Palliativpflege“
- d) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz angefügt:
„(3) ¹Ambulante Palliativdienste sind Einrichtungen, in denen nach Maßgabe der für die palliative Versorgung maßgeblichen Richtlinien nach § 92 mindestens ein Arzt oder eine Ärztin mit besonders qualifizierten Pflegenden sowie Personen zusammenarbeiten, die die Behandlung und Begleitung von Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung organisieren und koordinieren. ²Ambulante Palliativdienste können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen. ³Die Krankenkassen schließen mit ambulanten Palliativdiensten Verträge über die Versorgung nach § 37a, die unter durchgängiger Beachtung der Richtlinien nach § 92 insbesondere Regelungen dazu vorsehen, wie der Personalbedarf bemessen und gegebenenfalls angepasst werden kann; Absatz 2 Satz 6 bis 9 gilt entsprechend.“

Art. 2

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

Nach § 1 Abs. 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

„Auf die palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung durch ambulante Palliativdienste, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize und Krankenhäuser findet ausschließlich das Fünfte Buch Anwendung.“

Art. 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

§ 17b wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 15 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Satz hinzugefügt:

„Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich oder organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, sowie stationäre Hospize (§ 107a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) sind bis zum Ablauf des Jahres 2012 aus dem Vergütungssystem herauszunehmen.“

2. In Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 wird das abschließende Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„im Falle des § 17b Abs. 1 Satz 15 Halbsatz 2 sind die Art der Vergütung festzulegen und Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen zu erlassen.“

Art. 4 Änderung des Heimgesetzes

Das Heimgesetz vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1873), in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

In § 1 Abs. 3 Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt; es wird folgender Halbsatz angefügt:

„§ 107a des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch und § 1 Abs. 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberührt.“

Art. 5 Überleitungsvorschriften

(1) ¹Wird die Vereinbarung nach § 37a Abs. 2 Satz 5 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch nicht fristgemäß geschlossen, gilt die Rahmenvereinbarung zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002 in der Fassung vom 17. Januar 2006 sinngemäß fort, soweit sie mit den Regelungen des § 37a Abs. 2 Sätze 1 bis 4 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch vereinbar ist. ²Sobald die Vereinbarung nach § 37a Abs. 2 Satz 5 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch in Kraft getreten ist, gilt die Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 17. Januar 2006 als gekündigt; § 8 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung findet keine Anwendung.



(2) ¹Verträge, die auf der Grundlage von § 5 oder § 7 der Rahmenvereinbarung über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998 in der Fassung vom 9. Februar 1999 geschlossen wurden, sowie die Rahmenvereinbarung selbst gelten zum 30. Juni 2007 als gekündigt; § 6 und § 8 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung finden keine Anwendung. ²Der Abschluss neuer Verträge auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung nach Satz 1 ist unzulässig.

Art. 6 **Berichtspflicht**

¹Das für Gesundheit zuständige Bundesministerium (Bundesministerium) legt dem Deutschen Bundestag erstmals bis zum 31. Dezember 2008, sodann im dreijährigen Abstand jeweils zum 31. Dezember, einen Bericht über die Erfahrungen mit den Regelungen dieses Gesetzes vor (Bericht zur Palliativversorgung in Deutschland), insbesondere zu Anwendungs- und sonstigen Praxisproblemen sowie zu möglichen Reformen. ²Der Bericht berücksichtigt Stellungnahmen aus dem Bereich des Gesundheitswesens, der Wissenschaft, der Justiz, der Anwaltschaft sowie von anderen interessierten Personen und Organisationen. ³Aufforderungen zur Abgabe von Stellungnahmen sind rechtzeitig, spätestens dreißig Monate nach Erscheinen des letzten Berichts, bekanntzumachen, insbesondere durch leicht auffindbare Hinweise auf der Website des Bundesministeriums.

Art. 7 **Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2007 in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 5 (§ 37a Abs. 1 Satz 4 bis 8, § 37a Abs. 2 Satz 5), Nr. 10 bis 12, Nr. 13 Buchstabe b, Nr. 14, Artikel 3 und Artikel 5 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Palliativmedizin und Hospizarbeit als Themen der aktuellen gesundheitspolitischen Agenda

1. Zielvorgabe des Koalitionsvertrags

Der Gesetzentwurf greift ein Thema auf, das auf der Agenda gesundheitspolitischer Themen ganz oben steht: die effektive Implementierung der Palliativmedizin und des Hospizgedankens in das Gesundheitssystem, dessen Zentrum die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bildet. Dementsprechend betont der Koalitionsvertrag zwischen der CDU, der CSU und der SPD für die 16. Wahlperiode des Deutschen Bundestages „Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit“ vom 18. November 2005:

„Hospizarbeit und Palliativmedizin wollen wir stärken, um Menschen ein Sterben in Würde zu ermöglichen.“

2. Der Bericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ als politische „Initialzündung“

Gleichsam als „Initialzündung“ der neueren politischen Diskussion kann der Zwischenbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zur „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22.06.2005 (Bundestags-Drucksache 15/5858) gelten. Die Empfehlungen der Kommission mahnen u.a. die Stärkung des Patientenrechts auf eine bedarfsgerechte Palliativversorgung insbesondere durch eine entsprechende Novellierung des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V), an (Bundestags-Drucksache 15/5858, S. 69). Außerdem regt die Enquete-Kommission die Einführung von ambulanten Palliative-Care-Teams an, die als interdisziplinär-multiprofessionelle Teams einerseits eine optimale palliative (palliativärztliche und palliativpflegerische) Versorgung komplexer Behandlungsprobleme im häuslichen Umfeld garantieren sowie andererseits insbesondere den beteiligten Hausärzten und Pflegediensten notwendige konsiliarische (beratende) Unterstützung gewähren (Bundestags-Drucksache 15/5858, S. 70)

3. Gesundheitspolitische Forderungen der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung

Als eine der ersten Patientenschutzorganisationen, die sich vor allem dem Schutz der Interessen von Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf verpflichtet weiß, hat die Deutsche Hospiz Stiftung im Juli 2003 in ihrem Strategie-Papier „Menschenwürdig leben bis zuletzt – Anstöße für eine neue Gesundheitspolitik“ (www.hospize.de) den gegenwärtig verstärkt diskutierten Umbau des Gesundheitssystems hin auf eine stärkere Integration des Palliative-Care-Gedankens nachdrücklich eingefordert. Aus Sicht der Deutschen Hospiz Stiftung setzt



ein ernst gemeinter Integritätsschutz von schwerstkranken und sterbenden Menschen voraus, dass diesen Menschen eine optimale palliative Versorgung bereitgestellt wird, die ihren Bedürfnissen entspricht. Dies ist in erster Linie das Bedürfnis nach einer optimalen ambulanten Palliativversorgung, die möglichst das Verbleiben im angestammten Lebensumfeld sicherstellt. Die Forderung, das Gesundheitssystem um spezielle Palliative-Care-Dienste zu ergänzen, steht seitdem auf dem Forderungskatalog der Deutschen Hospiz Stiftung ganz weit oben und hat mit dazu beigetragen, dass das Thema auf der gesamtgesellschaftlichen Agenda, aber auch in den aktuellen gesundheitspolitischen Auftragsbüchern an vorderer Stelle notiert ist. Hierbei war und ist die im Strategie-Papier entwickelte Überlegung leitend, dass „hospizliches Denken und palliative Arbeit“ zusammengedacht und zusammen umgesetzt werden müssen: Hospizliche Arbeit ehrenamtlich Tätiger und professionelle Arbeit von Palliative-Care-Teams ergänzen einander, sie sind gleichsam zwei Seiten einer Medaille. Das verlangt nach einer klaren Abgrenzung und Zuordnung der Aufgaben im Rahmen einer in sich stimmig konzipierten Palliativversorgung.

4. Planungen des Bundesministeriums für Gesundheit

Das Votum der Deutschen Hospiz Stiftung für die Einrichtung von Palliative-Care-Teams entspricht auch einer Forderung der Bundesministerin für Gesundheit (Pressemitteilung des BMG vom 20. 10. 2005, bezogen auf ein Interview in der Neuen Osnabrücker Zeitung, abrufbar unter www.bmg.bund.de):

„Ich möchte für die betroffenen Patientinnen und Patienten einen eigenständigen Leistungsanspruch auf eine ‚spezialisierte ambulante Palliativversorgung‘ einführen. Dabei sollen Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte zusammenarbeiten. Diese Gesamtleistung soll bei Bedarf rund um die Uhr erbracht werden. Dafür werden ‚Palliative Care Teams‘ aus spezialisierten Ärzten und Pflegekräften gebildet. Sie haben primär die Aufgabe, Palliativpatienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf zu Hause zu betreuen, können aber auch Patienten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Hospizen versorgen.“

Der vorliegende Entwurf greift diese Perspektiven auf und legt eine Regelung vor, die die Tätigkeit von Palliative-Care-Teams (im Entwurf „Ambulante Palliativdienste“ [APD] genannt) in die GKV einbaut. Der Entwurf verlässt damit die Ebene der bloßen Absichtserklärungen und Eckpunkte in der Überzeugung, dass nur ein konkreter Regelungsvorschlag, der sich den rechtstechnischen Umsetzungsproblemen stellt, die politische Debatte substantiell voranbringen kann.

Der Regelungsvorschlag ist zum jetzigen Zeitpunkt vor allem deshalb wichtig, damit die laufende Debatte über die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht zu sehr durch die Problematik der Einnahmensteigerung dominiert wird. So wichtig die Neukonzipierung der Einnahmenseite für die Zukunft der GKV ist, so wenig darf vergessen werden, dass auf der Ausgabenseite eine effektive und effiziente und dabei durchweg patientenzentrierte und qualitätsgesicherte Versorgung zentrale Voraussetzung eines Gesundheitswesens ist, das Fehlallokationen dauerhaft vermeiden möchte. Mit anderen Worten: Defiziten auf der Einnahmenseite lässt sich durch ein wirtschaftliches und doch immer patientengerechtes Agieren auf der Ausgabenseite gegensteuern. Die Neugestaltung

der Finanzordnung der GKV und die Fortbildung des Leistungssystems der GKV sind also eng verbunden und können letztlich nicht isoliert voneinander betrieben werden. Die Neuordnung der Finanzierung der GKV muss deshalb immer auch mit Blick auf die Leistungsseite erfolgen, denn bestimmte finanzierungsrechtliche Weichenstellungen könnten es sonst von vornherein unwahrscheinlich machen, dass eine neue Behandlungsleistung – namentlich die Versorgung durch Ambulante Palliativdienste (APD) – über ihre Erwähnung im Gesetzestext hinaus eine reale Bedeutung erlangt.

II. „Palliative Care“ als Beispiel einer neuen Patientenzentrierung des Gesundheitssystems

1. Palliative Care, Palliativmedizin, Palliativpflege, Hospizarbeit – begriffliche Klärungen

„Palliative Care“ – vor allem, wenn sie in Palliative-Care-Teams umgesetzt wird – ist Teil medizinisch-pflegerischen Handelns, das nicht mehr nur auf die Heilung (Kuration) konzentriert ist, sondern sich auch und gerade auf die Leidenslinderung (Palliation) bezieht. Beim kurativen Ansatz wird oft das Wohlbefinden des Patienten dem Ziel, eine Krankheit zu heilen, untergeordnet, nicht zuletzt um den fragwürdigen Preis therapiebedingter Einschränkungen der Lebensqualität. Der immer noch weit verbreitete Eindruck, „unwürdig sterben zu müssen“, hängt mit dieser Fixierung auf kuratives Handeln zusammen.

Der Ansatz der Palliativmedizin basiert auf einem anderen Umgang mit Sterben und Tod. Sterben und Tod sind Teil menschlicher Existenz und gesellschaftlicher Wirklichkeit. Daher ist es sinnvoll, den kurativen Ansatz um eine „lindernde Medizin“ zu ergänzen, die die Sicherung der Lebensqualität auch und gerade in Leidensphasen in den Vordergrund rückt. Palliativmedizin ist demgemäß, so die Weltgesundheitsorganisation, ein „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“. Palliativmedizin umfasst insbesondere physische Aspekte (medikamentöse Symptomkontrolle, z.B. bei Schmerz, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Darmverschluss, Verwirrtheit, präfinales Rasseln; Flüssigkeitssubstitution in der Terminalphase; interventionelle Therapie, z.B. Stents oder Lasertherapie; Physiotherapie; palliative Sedierung bei therapierefraktären Symptomen) sowie psychosoziale Aspekte (insbesondere das Beachten der psychischen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen). Zusammenfassend lässt sich sagen: Palliative Betreuung umfasst alle medizinischen und pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und seelsorgerliche Unterstützung von Patient(inn)en und Angehörigen, welche darauf abzielen, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Patienten/der Patientin zu gewährleisten („Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“, Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2004, S. 6, Nr. 3. 1, www.samw.ch).

Der Ausdruck „Palliative Care“ lässt sich in Abgrenzung zum englischen Wort „Cure“ erklären (zur Begrifflichkeit s. die „Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“, Stand: 31.10.2003, abrufbar unter www.dgpalliativmedizin.de). Es geht um einen „shift from



cure to care“, also einen Wechsel der Perspektive weg von der alleinigen Konzentration auf Kuration hin zur ergänzenden Perspektive „Palliation“. Kuration bleibt also ein zentraler Baustein des Gesundheitssystems, in dem die Palliation allerdings einen neuen Stellenwert bekommen wird.

Vor diesem Hintergrund greift es zu kurz, „Palliative Care“ mit „Palliativpflege“ zu übersetzen (Schneider u.a., Palliativversorgung im Land Brandenburg – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung, Endversion vom 13.05.2005, S. 11). So wesentlich eine adäquate Palliativpflege auch ist, umfasst „Palliative Care“ doch mehr: eine Gesamtausrichtung insbesondere des ärztlichen und des pflegerischen Handelns am Gedanken der umfassenden, nicht nur somatischen Palliation. Das gilt besonders für das spezifisch abgestimmte Vorgehen des ärztlichen und des pflegerischen Personals in Palliative-Care-Teams, die im Zentrum des vorliegenden Gesetzentwurfs stehen.

Der Begriff „Hospizarbeit“ bezieht sich auf eine Sonderentwicklung im deutschsprachigen Raum, vor allem in Deutschland. Hier ist, zunächst unabhängig von den professionalisierten Debatten der Palliativmedizin als akademischer bzw. klinischer Disziplin, über gut zwei Jahrzehnte gleichsam eine Art Bürgerbewegung entstanden, die den Gedanken eines anderen Umgangs mit dem Sterben und dem Tod in die Tat umgesetzt hat (vgl. Enquete-Kommission, Bundestags-Drucksache 15/5858, S. 29 ff.). Ein wichtiges Erkennungszeichen ist die ehrenamtliche Mitwirkung von Hospizhelferinnen und -helfern in ambulanten Hospizdiensten. So erbringen die Ehrenamtlichen in ambulanten Hospizdiensten selbst keine pflegerischen Leistungen; von ambulanten Hospizdiensten werden nur palliativ-pflegerische Beratungsleistungen (insbesondere für Angehörige) durch einen Koordinator oder eine Koordinatorin erbracht, was durch die Krankenkassen auf der Grundlage des § 39a Abs. 2 SGB V gefördert wird (vgl. § 6 Abs. 1 S. 2 Buchstabe a i.V.m. § 3 Abs. 3 S. 2 erster Spiegelstrich der Rahmenvereinbarung zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002 in der Fassung vom 17. Januar 2006). Soweit in seltenen Einzelfällen ambulante Hospizdienste Pflegeleistungen anbieten, erfolgt die Finanzierung insoweit nicht nach dieser Rahmenvereinbarung und damit nicht nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der vorliegende Gesetzentwurf stärkt die finanzielle Förderung dieser ehrenamtlichen Dienste, überführt aber die Tätigkeit, die sich auf die Palliativpflege bezieht – also insbesondere die Tätigkeit der Koordinatoren, die bisher auf der Grundlage des § 39a Abs. 2 SGB V palliativpflegerische Beratungsleistungen erbringen – in das Modell der Palliative-Care-Teams (Ambulante Palliativdienste [APD]). Damit wird der sinnvollerweise professionalisiert betriebene Bereich der Palliativversorgung klarer vom zivilgesellschaftlichen Engagement ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer abgeschichtet, das freilich für den Alltag der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen auch künftig von großer, nicht weg zu denkender Bedeutung sein wird.

Palliativmedizin ist definitionsgemäß nicht auf die Behandlung von Patienten mit unheilbaren Tumorerkrankungen beschränkt, wengleich nach der bisherigen Erfahrung der weitaus größte Teil der behandelten Palliativpatienten, ca. 80 – 90%, an solchen Tumorerkrankungen leiden. Palliativmedizin widmet sich z. B. auch Patienten, die an AIDS, neurologischen, kardialen oder respiratorischen Erkrankungen im Terminalstadium leiden; diese Patienten benötigen ebenfalls angemessene Begleitung.

2. Palliative Care als Beispiel für eine gesteigerte Patientenzentrierung des Gesundheitssystems

„Palliative Care“ lässt sich als Beispiel einer neuen Patientenzentrierung des Gesundheitssystems deuten, denn es geht um eine Gesundheitsversorgung, die sehr stark auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten abgestimmt ist. Selbstverständlich ist es auch ansonsten nötig, immer den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin wahr- und ernstzunehmen. Aber im palliativen Kontext wird die Notwendigkeit, die individuelle Person mit ihrem Bedarf an palliativer Betreuung in den Blick zu nehmen, wegen der besonderen Grenzsituation, in der sich der Patient bzw. die Patientin befindet, noch einmal gesteigert. Das verlangt allen Beteiligten, die den/die Betreffende(n) insbesondere ärztlich und pflegerisch begleiten, eine nochmals gesteigerte Sensibilität im Umgang ab. Die in diesem Sinne verstandene „Patientenzentrierung“ wird so zur unabdingbaren Voraussetzung gelungener Palliativversorgung.

3. Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Schrittmacher-Funktion für andere Versorgungssysteme (PKV, Beihilfe)

Der Entwurf bezieht sich auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der ca. 90% der Bevölkerung in Deutschland versichert sind. Die GKV bildet rein quantitativ den Kernbereich des Gesundheitssystems. Andere Systeme der Gesundheitsversorgung, namentlich die private Krankenversicherung (PKV) oder die Beihilfe für Beamte, stellen zwar rechts- und finanztechnisch verselbständigte Systeme dar, sie lehnen sich aber der Sache nach vielfach an die Versorgungsstandards an, die in der GKV beachtet werden müssen. So gesehen, kommt der GKV eine Schrittmacher-Funktion auch für andere Gesundheitssysteme, insbesondere die PKV und die Beihilfe, zu.

Die privaten Krankenversicherungen sind gehalten, ihre Vertragsbedingungen ausdrücklich den neuen Palliativleistungsstandards anzupassen oder zumindest die gegenwärtigen Versicherungsverträge im Geiste der neuen Palliativleistungsstandards zu handhaben. Die öffentliche Hand ist gehalten, die Beihilfevorschriften an die Standards der Palliativversorgung, wie sie in der GKV formuliert sind, anzupassen.

III. „Palliative Care“ als Impuls für den sektorübergreifenden Umbau des Gesundheitssystems

„Palliative Care“, wie sie der Gesetzentwurf versteht, wirkt in zweifacher Weise: Zum einen wird das gesamte, nach Versorgungssektoren (ambulant, stationär) unterschiedene GKV-System vom Leitgedanken der Palliativversorgung geprägt. Zum anderen lassen sich die Palliativ-Care-Teams als Stärkung der Idee begreifen, die Versorgungssektoren nur als organisatorische Abgrenzungen, nicht aber als sachliche Abschottungen wahrzunehmen. Im Konzept des Gesetzentwurfs werden die Palliativ-Care-Teams (die Ambulanten Palliativdienste [APD]) zwar dem ambulanten Sektor der Regelversorgung zugeordnet. Sie sind aber nicht zuletzt aufgrund ihres konsiliarischen und qualitätssichernden Charakters offen für die Kooperation und den Austausch mit anderen Leistungserbringern des GKV-Systems. Der sektorübergreifende Umbau des GKV-Systems erfährt hiermit zumindest einen weiteren Schub.



Die Palliative-Care-Teams (Ambulante Palliativdienste – APD) bilden auch insoweit einen Innovationsschub für das Gesundheitssystem, als hier Ärztinnen und Ärzte mit Pflegenden zusammenarbeiten. Sie gemeinsam – als Team – bilden im Rahmen des GKV-Rechts zusammen „den Leistungserbringer“. Für den ambulanten Bereich ist eine Komplexleistung, die verschiedene Teilleistungen einzelner Gesundheitsberufe verbindet, eine organisatorisch-institutionelle Neuerung (im stationären Bereich sind Komplexleistungen, etwa die Krankenhausleistung, bekannt). Nicht zuletzt der Pflegeberuf erfährt durch die Ambulanten Palliativdienste eine weitere Professionalisierung (vgl. allgemein hierzu Landtag Nordrhein-Westfalen [Hrsg.], Situation der Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen, Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2005, S. 196 ff.)

IV. Grundkoordinaten des Gesetzentwurfs

Der Gesetzentwurf zeichnet sich durch folgende Grundkoordinaten aus:

1. Palliativversorgung als durchsetzbares Patientenrecht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Gesetzentwurf schafft ein Recht der Patientinnen und Patienten auf Versorgung mit palliativen Leistungen, dem eine entsprechend deutliche Verpflichtung der Leistungserbringer gegenübersteht. Das ist bislang nicht so, denn gerade die palliativen Anforderungen an die Leistungserbringer waren bisher kein Thema des SGB V. Nunmehr ist palliative Versorgung, nicht nur im Hinblick auf die Versorgung durch Palliative-Care-Teams (Ambulante Palliativdienste [APD]) genuiner Teil des Rechts auf Krankenbehandlung in der GKV.

Zugleich wird die palliative Versorgung allein der GKV zugeordnet. Das soll Schnittstellenprobleme, wie sie bisher die praktische Arbeit behindern, vermeiden helfen. D.h. konkret, dass künftig eine (Teil-)Finanzierung spezifischer palliativer Leistungen nach Maßgabe der Regeln zur sozialen Pflegeversicherung nicht mehr nötig sein wird, weil die Finanzierung abschließend im SGB V geregelt ist. Dementsprechend kann sie auch umfassend nach den Regeln des SGB V von der Patientin bzw. dem Patienten verlangt werden.

Das deutsche Gesundheitsrecht findet mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Anschluss an internationale Entwicklungen (zu ihnen Enquete-Kommission, Bundestags-Drucksache 15/5858, S. 41 ff.; Jaspers/Schindler, Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten, Gutachten für die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“, 2004, S. 249 ff.). So hat Frankreich im Jahre 2002 (art. 9 Loi n.° 2002-303 du 4 mars 2002) in Fortführung erster gesetzlicher Regelungen aus dem Jahre 1999 im Code de la Santé Publique (art. L1110-9) klargestellt (abrufbar unter www.legifrance.gouv.fr):

“Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.”

[„Jede kranke Person, deren Zustand es erfordert, hat das Recht auf Zugang zu palliativer Behandlung und das Recht auf Begleitung.“]

Und weiter heißt es (art. L1110-10):

“Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.”

[„Unter palliativer Behandlung sind aktive und dauerhaft angewandte Maßnahmen zu verstehen, die von einem interdisziplinären Team in einer Einrichtung oder zu Hause ausgeführt werden. Palliative Behandlung zielt darauf ab, die Schmerzen zu lindern, das psychische Leiden erträglich zu machen, die Würde der kranken Person zu bewahren und die Angehörigen zu unterstützen.“]

Vorbildhaft wird hier zum einen klargelegt, dass Palliativversorgung sich auch auf die psychische Seite bezieht – es geht (auch) um Begleitung („accompagnement“) – und das Umfeld („entourage“) des Patienten bzw. der Patientin, also in einem weiteren Sinne seine Angehörigen (vgl. auch die Begründung zu § 37a Abs. 1 SGB V). Auch der Gedanke, dass eine „équipe interdisciplinaire“ tätig wird, um die palliative Behandlung („soins palliatifs“) umzusetzen, lässt sich für die deutschen Verhältnisse fruchtbar machen, denn auch die Ambulanten Palliativdienste (Palliative-Care-Teams) sind „équipes interdisciplinaires“.

2. Palliativversorgung als eigenständiges Element der sog. Regelversorgung in der GKV

a) Die gesetzliche Krankenversicherung als organisatorische Basis der Palliativversorgung

Palliativversorgung ist eigenständiges Element der sog. Regelversorgung. D.h.: Die Palliativversorgung wird als „normaler“ Bestandteil der ambulanten und der stationären Versorgung verstanden; sie ist sozusagen ein Regelfall der GKV wie auch die Leistungen, die sich auf die Kuration beziehen, Regelfälle der GKV-Versorgung darstellen. Die Regeln der sozialen Pflegeversicherung (Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI) finden insoweit aus Gründen der Übersichtlichkeit und Vereinfachung auf den besonderen Behandlungsbedarf, den die Palliativversorgung nach Maßgabe des novellierten SGB V abdeckt, keine Anwendung mehr (siehe auch oben A. IV. 1.). Selbstverständlich bleiben alle bislang von der GKV vorgesehenen medizinischen Leistungen erhalten; die Palliativversorgung erweitert und spezifiziert das Leistungsspektrum der GKV. Auf diese Weise werden die Probleme beseitigt, die es bei gegebener Gesetzeslage verhindern, den Ansatz von „Palliative Care“ in der Regelversorgung unterzubringen (dazu Landtag Nordrhein-Westfalen, a. a. O., S. 202 ff.).

b) Kein Vorrang der „integrierten Versorgung“ (IV)

Anders als etwa die Enquete-Kommission des Bundestags (vgl. Bundestags-Drucksache 15/5858, S. 70 f.; s. auch Buser u.a., Palliativversorgung in Niedersachsen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung, Endversion vom Oktober 2004, S. 250 ff.) ist die Deutsche Hospiz Stiftung nicht der Ansicht, dass sich die Organisationsform der sog. integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) empfiehlt. Das gilt allerdings nicht im Hinblick auf die grundsätzlich gutzuheißende Idee der sektorüberschreitenden Versorgung, der für die integrierte Versorgung (IV) kennzeichnend ist (vgl. hierzu die Begründung zum GKV-



Gesundheitsreformgesetz 2000, Bundestags-Drucksache 14/1245, S. 91 ff., sowie die Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz, Bundestags-Drucksache 15/1525, S. 129 ff.). Es wird auch nicht verkannt, dass gerade im palliativen Bereich wichtige Versorgungsansätze im Rahmen der IV verfolgt werden (man denke beispielhaft aus jüngerer Zeit nur an das „Palliativnetz Wiesbaden-Taunus“, www.palliativnetz-wiesbaden.de).

Größter Nachteil der IV ist vielmehr die unsichere Finanzierung, denn finanzierungstechnisch ist die IV bloßer Appendix der normalen Finanzierungswege, woran auch die ihrerseits unsichere, weil zeitlich befristete sog. Anschubfinanzierung (§ 140d SGB V) im Kern nichts ändert (zu damit einhergehenden Implementierungsproblemen vgl. Amelung/Janus, Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik, in: Klauber/Robra/Schellschmidt [Hrsg.], Krankenhaus-Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart/New York 2006, S. 13 ff.). Damit einher geht vielfach auch die Vorstellung, dass die Projekte der IV nur Randaspekte des Gesundheitssystems seien, die vernachlässigt werden könnten.

Eine klare Zuordnung von „Palliative Care“ zur Regelversorgung stellt klar, dass Palliativversorgung ein „Normalfall“ der GKV ist. Sie ist also ebenso ein Regelfall der GKV wie die auf die Kuration bezogenen Leistungen der GKV. Das schließt selbstverständlich nicht aus, dass auch künftig Projekte der IV mit palliativem Schwerpunkt verfolgt werden können. Dies würde die neue Ausrichtung des GKV-Systems am Gedanken der Palliativversorgung nochmals verstärken.

c) Klarheit der künftigen Finanzierung von Palliativversorgung

Wenn Palliativversorgung Regelfall der GKV-Versorgung ist, dann unterliegt ihre Vergütung den allgemein gültigen Vergütungsregeln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine Mischfinanzierung aus verschiedenen „Töpfen“, wie sie bislang vor allem im Zusammenspiel von SGB V (gesetzlicher Krankenversicherung) und SGB XI (sozialer Pflegeversicherung) vorherrscht, ist nicht mehr nötig und auch nicht möglich (zum Problem vgl. Enquete-Kommission, Bundestags-Drucksache 15/5858, S. 33 ff.; dazu schon oben A. IV. 1. und 2 a.). Damit werden die bisher in der Palliativ- und vor allem der Hospizwirklichkeit unbefriedigenden „Verschiebebahnhöfe“ vermieden, die die jeweiligen Träger zu selten kostendeckenden Misch- und Querfinanzierungen zwingen (gesetzliche Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, Spenden), die den Bedürfnissen betroffener Menschen nach palliativer Versorgung bei weitem nicht gerecht werden.

3. Palliativversorgung als sektoroffene „Netzwerk“-Versorgung durch Ambulante Palliativdienste (APD)

Die Palliativversorgung durch „Palliative-Care-Teams“ (Ambulante Palliativdienste [APD]) lebt von deren Offenheit zu anderen Leistungserbringern. Nach ihrem Charakter als unmittelbar versorgende, qualitätssichernde und beratende Einheit wirken sie als eine Art mobiler Knotenpunkt in einem Netzwerk palliativer Kompetenzzentren, zu denen sich die einzelnen Akteure des Gesundheitswesens nach und nach entwickeln sollen (s. hierzu auch das Konzept der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bundesarbeitsgemeinschaft

[BAG] Hospiz über „Ambulante Hospiz- und Palliativ-Zentren“ [AHPZ] vom Januar 2006). Die Ambulanten Palliativdienste (APD) sind offen für die unterschiedlichen Versorgungsektoren; sie sollen die Durchlässigkeit der Sektoren durch ihre Expertise im Interesse einer einzelfallgerechten Palliativversorgung gerade sicherstellen (zum Netzwerk-Gedanken in der palliativmedizinischen Versorgung Diemer, „Im Focus Onkologie“ 8/2001, S. 45 ff. und 1/2002, S. 39 ff.; Diemer, Forum DKG – Deutsche Krebsgesellschaft 4/2002, S. 40 ff.). Es geht also nicht etwa um eine eigene „Säule“ der GKV-Versorgung. Im Gegenteil soll die „Versäuerung“ des Gesundheitssystems, d.h. das Nebeneinander der einzelnen Versorgungsektoren, durch den APD gerade aufgebrochen werden. Er ist zwar im Ansatz dem ambulanten Sektor zugeordnet, aber von vornherein so ausgestaltet, dass er Abstimmungen und Kooperationen über die Sektorengrenzen hinweg ermöglicht.

4. Palliativversorgung als qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Versorgung

Palliativversorgung unterliegt den üblichen Gütekriterien medizinischen bzw. gesundheitsberuflichen Handelns im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das bedeutet insbesondere, dass Qualitätssicherung eine wichtige Rolle spielt, wobei vorhandene Evidenz nicht zuletzt internationaler Art zur Kenntnis genommen und auf die deutsche Situation sensibel übertragen werden muss. Soll der Ruf nach einer effektiven Palliativversorgung nicht nur rhetorisch bleiben, muss die Sicherung der Qualität, namentlich der Pflegequalität, an erster Stelle stehen. Die vorhandenen Erfahrungen im nationalen und internationalen Bereich machen es möglich, Standards zu formulieren und umzusetzen, wobei gerade im pflegerischen Bereich die Ausbildung entsprechend ausgerichtet werden muss (dazu näher die Begründung zu § 37a SGB V). Besondere Fortbildungen bzw. Zertifizierungsverfahren könnten eine palliativpflegerische Standardisierung entscheidend befördern.

5. Palliativversorgung als kosteneffiziente Versorgung

a) Datenlage – Annahmen in der bisherigen Diskussion

Palliativversorgung lässt sich als kosteneffiziente Versorgung umsetzen. Hierbei ist allerdings zuzugestehen, dass sich der voraussichtliche Bedarf nur anhand bestmöglicher Schätzungen ermessen lässt (vgl. Buser u.a., a. a. O., S. 191), wie ohnehin alle Akteure des Gesundheitswesens nur mit möglichst plausiblen Schätzungen arbeiten (können). Auch aufwendige Kostenanalysen sind daher vor einer kalkulatorischen Scheinsicherheit nicht gefeit. Die Schätzungen gehen nicht zuletzt deshalb auseinander, weil Unklarheit darüber herrscht, wer als Palliativpatientin oder Palliativpatient in Frage kommt und was alles zu einer Palliativversorgung gehört (vgl. Jaspers/Schindler, a. a. O., S. 195 ff.). Dementsprechend differieren die Annahmen in der bisherigen Diskussion:

Nach Schindler soll ein Team für ca. 250.000 Einwohner zuständig sein (Schindler, Palliativmedizin im ambulanten Sektor – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven, in: Aulbert/Klaschik/Schindler [Hrsg.], Palliativmedizin im ambulanten Sektor [Beiträge zur Palliativmedizin Bd. 6], 2004, S. 1 [12]). Nach dieser „eher konservativen Schätzung“ (so die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, Bundestags-Drucksache 15/5858, S. 28),



würden etwa 330 Teams bundesweit erforderlich sein (Jaspers/Schindler, a. a. O., S. 203). Hierbei geht man von Gesamtkosten in Höhe von ca. 630 Mio. € aus (Jaspers/Schindler, a. a. O., S. 208); dabei würde es sich unstreitig um einen vergleichsweise geringen Anteil an der Gesamtsumme der GKV-Ausgaben handeln (nach den Berechnungen von Jaspers/Schindler, a. a. O., S. 208, ca. 0,48% der GKV-Ausgaben im Jahre 2001). Hierin sind Kosten von ca. 50 Mio. € für die hausärztliche palliativmedizinische Versorgung enthalten.

Im Anschluss an nicht näher erläuterte Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin geht das Bundesgesundheitsministerium (BMG) von Personalkosten in Höhe von 100 Mio. €, von Kosten für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel in Höhe von 110 Mio. € sowie von Kosten in Höhe von 26 Mio. € für eine (ebenfalls nicht näher erläuterte oder abgegrenzte) optimale hausärztliche Versorgung aus (Pressemitteilung des BMG vom 20. 10. 2005, abrufbar unter www.bmg.bund.de). Abgesehen von den anderen Bezugsgrößen (optimale hausärztliche Versorgung) käme man hierbei nur auf eine Summe von 236 Mio. €.

b) Modellrechnung der Deutschen Hospiz Stiftung: Was kosten Palliative-Care-Teams?

Aus Sicht der Deutschen Hospiz Stiftung lassen sich die Kosteneffekte genauer modellieren, wenn man die Schätzung am Leitfaden folgender Daten entwickelt:

In Deutschland sterben jährlich ca. 820.000 Menschen (im Jahr 2004 waren es genau 818.271 Personen, vgl. Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 2. 11. 2005, www.destatis.de). Davon versterben ca. 45 – 50% in Krankenhäusern, also etwa 400.000 Menschen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes für 2004, www.gbe-bund.de). Geht man auch nur davon aus, dass ca. 200.000 Menschen in der letzten Lebensphase ca. 11,4 Tage im Krankenhaus verbringen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes für 2004, www.gbe-bund.de - Durchschnittliche Verweildauer der Sterbefälle in Tagen – alle Diagnosen) und legt man hierfür einen durchschnittlichen Tagessatz von 400 € zugrunde (es handelt sich um eine vorsichtige Schätzung mit Blick auf die Finanzierung von Palliativbetten, vgl. etwa *Ärzte-Zeitung* vom 21. 9. 2005), dann entstehen jährliche Kosten der stationären Versorgung in Höhe von ca. 912 Mio. Euro.

Nimmt man nun weiter an, dass alle 200.000 Menschen eine Palliative-Care-Versorgung benötigen und es hierfür nach Maßgabe des vorliegenden Gesetzentwurfs adäquate ambulante Versorgungsstrukturen gäbe, dann entstünden – im Einzelnen sogleich erläuterte – Personalkosten sowie sonstige Kosten in Höhe von knapp über 670 Mio. €. Hiermit könnten 200.000 Menschen mittels Palliative-Care-Teams versorgt werden. Verteilt man die 200.000 betroffenen Personen über ein Jahr (12 Monate), dann führt dies zu einer monatlich betroffenen Patientengruppe von jeweils ca. 16.667 Personen. Um diese Personen umfassend im Sinne von Palliative-Care zu versorgen, wird man deutlich mehr als die bisher geschätzten 330 Teams benötigen. Bei 660 Ambulanten Palliativdiensten entfallen pro Monat ca. 26 zu versorgende Personen auf jeden Dienst.

Pro Palliative-Care-Team (Ambulanten Palliativdienst) wird man im Blick auf die bisherigen Erfahrungen einstweilen von einem Bedarf an 11 Vollzeitpersonalstellen ausgehen müssen. Diese Vollzeitpersonal- bzw. „Vollkraft“-Stellen (VK-Stellen) sollten sich in etwa wie folgt aufteilen: Für zwei (ggf. teilzeitaufteilbare) Arztstellen kann man ca. 150.000 Euro p/a

(2 x 75.000 Euro) veranschlagen; für acht (ggf. teilzeitaufteilbare) Pflegenden-Stellen ca. 360.000 Euro (8 x 45.000 €) und für eine (ggf. teilzeitaufteilbare) Koordinatoren-Stelle ca. 50.000 Euro p/a. Gemeint sind jeweils die Bruttopersonalkosten für eine „Vollkraft“, wobei nach allgemeinen personalwirtschaftlichen Erfahrungssätzen als „Faustformel“ für die Brutto-VK-Kosten gelten kann: Arbeitnehmer-Bruttolohn x 1,25. In den Brutto-VK-Kosten sind der Arbeitnehmer-Bruttolohn, die vom Arbeitgeber zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge und das sog. „Schattenentgelt“ (Kosten für Urlaubsgeld, Entgeltfortzahlung etc.) enthalten. Insgesamt käme man dann auf Personalkosten in Höhe von 560.000 Euro pro Dienst im Jahr. Je nachdem, wie der Ambulante Palliativdienst (APD) organisiert ist – der Gesetzentwurf ermöglicht hier vielfältige Gestaltungen, auch die Mitwirkung selbständig Tätiger (vgl. die Begründung zu § 132a Abs. 3 SGB V) –, kann der Kostenansatz allerdings variieren, insbesondere geringer ausfallen. Näheres kann hier in den Richtlinien nach § 37a Abs. 1 i.V.m. § 92 SGB V (siehe die Begründungen zu diesen Vorschriften) geregelt werden. Da das Palliativleistungsgesetz (PallLG) sich als „lernendes System“ versteht, wofür nicht zuletzt die Evaluationspflicht des Art. 6 PallLG steht (siehe die Begründung zu dieser Bestimmung), wird man hier erst nach einiger Zeit der Praxiserfahrung den Personalbedarf genauer bestimmen und in entsprechenden Arbeitszeitmodellen abbilden können. Wichtig ist vor diesem Hintergrund, dass die (Personal-)Bedarfskriterien für Ambulante Palliativdienste in den Richtlinien anpassungsoffen formuliert werden und die Verträge der Krankenkassen mit den ambulanten Palliativdiensten (vgl. § 132a Abs. 3 SGB V einschließlich Begründung) entsprechende Anpassungsklauseln vorsehen.

Legt man die genannten Kostenansätze als erste plausible Orientierungswerte zugrunde, dann ergäbe dies bei 660 Teams eine Gesamtsumme von ca. 370 Mio. Euro pro Jahr bezogen auf die Personalkosten. Addiert man diese Summe mit den Overhead-Kosten (insb. Fahrkosten, räumliche Ausstattung) von ca. 55 Mio. Euro und den Kosten für Arznei- und Hilfsmittel in Höhe von rund 247 Mio. Euro, die von den Ärztinnen bzw. Ärzten des ambulanten Palliativdienstes (APD) verordnet werden, ergibt sich eine Gesamtsumme von knapp über 670 Mio. Euro – gemessen am Gesamtvolumen der GKV-Ausgaben weniger als 0,5 Prozent.

c) **Kostenentlastung durch ergänzende gesundheitsökonomische Makroeffekte**

Auf einer Makroebene gesundheitsökonomischer Betrachtung sind weiter nahe liegende Kostenverschiebungen aus dem stationären Bereich hinein in den ambulanten Bereich in Rechnung zu stellen. Bei ca. 820.000 Verstorbenen im Jahre 2004 endet bislang das Leben von ca. 50% der Versterbenden im Krankenhaus, obgleich sich ca. 90% aller Menschen wünschen, außerhalb des Krankenhauses zu Hause zu sterben. Zudem ist es nach verbreiteter Ansicht so, dass ca. 60% der Gesundheitskosten in den letzten zwölf Lebensmonaten eines Menschen verursacht werden, also in der Zeit, in der ein vergleichsweise kostenaufwendiger (Langzeit)-Aufenthalt im Krankenhaus stattfindet oder solche Aufenthalte ihren Schwerpunkt haben (vgl. Yang/Norton/Stearns, Longevity and Health Care Expenditures, The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 2003:58, 2 – 10). Allerdings gestaltet sich die tatsächliche Ermittlung der Ausgaben im letzten Lebensjahr ausgesprochen schwierig (so der Greifswalder Finanzwissenschaftler Ulrich, Das Gesundheitswesen an der Schwelle zum Jahr 2000, Diskussionspapier 1/98, Januar 1998, S. 18 mit weiteren Nachwei-



sen). Legt man die vorgenannten Zahlen zumindest als Näherungswerte zugrunde, dann bedeutet dies:

Die realen Umstände, unter denen Menschen sterben, und die Umstände, die sie sich für ein würdiges Sterben wünschen, unterscheiden sich auffallend. Diese Diskrepanz ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass es ambulante Angebote, die einen patientengerechten Sterbekontext realisieren könnten, nicht in ausreichendem Umfang gibt. Auf diesen Bedarf nach einem Versterben in der gewohnten Umgebung, also im Regelfall zu Hause, werden künftig die Ambulanten Palliativdienste (APD) umfassend reagieren. Da in der Folge die Tätigkeit der Ambulanten Palliativdienste (Palliative-Care-Teams) Überweisungen in den stationären Sektor tendenziell abnehmen lassen wird, weil nunmehr eine qualitätsgesicherte Versorgung im ambulanten Sektor gewährleistet ist und Einweisungen in den stationären Bereich nicht mehr wie bislang nötig werden, werden sich bislang im stationären (Krankenhaus-)Sektor anfallende Kosten so nicht mehr einstellen. Somit werden im Krankenhaussektor finanzielle Kapazitäten frei, die im Rahmen der neuen Palliativversorgung durch Ambulante Palliativdienste genutzt werden können. Kostenverschiebungen wird es zusätzlich dadurch geben, dass bislang im Bereich der Pflegeversicherung angefallene Kosten für die palliativpflegerische Versorgung nicht mehr nach den Finanzregeln der Pflegeversicherung abgerechnet werden. Diese – allerdings nicht genau bezifferbaren – eingesparten Mittel stünden nunmehr ebenfalls zur Verfügung.

Wenn es demgegenüber in einem der Deutschen Hospiz Stiftung vorliegenden Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 15.11.2005 heißt, es sei damit zu rechnen, dass der neue Leistungsanspruch auf palliativmedizinische Versorgung „langfristig ca. 250 Mio. Euro an Zusatzkosten verursachen“ wird, dann bleiben die sachlichen und zeitlichen Bezüge einer derartigen Schätzung teilweise im Unklaren, da etwaige Kostenverschiebungen nicht explizit angesprochen werden. Hier sprechen aber die absehbaren Verschiebungen aus dem hochpreisigen Krankenhaussektor in den ambulanten Sektor dafür, dass jedenfalls das Kostenniveau per Saldo in etwa gleich bleiben wird. Die entstehenden finanziellen Spielräume sollte der Gesetzgeber nutzen, um zusätzlich über eine gleichsam als „Turbomotor“ wirkende Anschubfinanzierung z.B. in Höhe von 300 Mio. € nachzudenken. Sie würde von vornherein den effizienten Beginn des neuen Versorgungsansatzes garantieren und den generell erwünschten Veränderungsschub im Gesundheitswesen verstärken.

6. Palliativversorgung als „lernendes System“ – Zum Evaluations- und Anpassungsbedarf des Palliativleistungsgesetzes (PallLG)

Die Palliativversorgung, wie sie das Palliativleistungsgesetz (PallLG) konzipiert, versteht sich als „lernendes System“. Das kann insbesondere mit Blick auf die große Neuerung der Ambulanten Palliativdienste (APD) nicht anders sein. Es ist absehbar, dass diese große Innovation in der Praxisphase noch vielfältige Fragen aufwirft, die entweder parlamentsgesetzlicher oder richtlinienrechtlicher Nachbesserung bedürfen. Beispielhaft zeigt sich das etwa im Hinblick auf die Frage des Personalbedarfs (dazu soeben oben A. IV. 5. sowie die Begründungen zu § 37a Abs. 1 und § 132a Abs. 3 SGB V) oder die Einschätzung der Finanzierung der palliativen Versorgung in den Krankenhäusern sowie der stationären Hospize (vgl. die Begründung zu Art. 3). Damit das „lernende System“ sich auf belastbare Daten stützen kann,

sieht Art. 6 eine Berichtspflicht vor, anhand derer sich eine verlässliche Grundlage für Fortentwicklungen des Palliativleistungsgesetz (PallLG) gewinnen lassen wird (näher die Begründung zu Art. 6 des Gesetzentwurfs). Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse können auch bislang befristete Regelungen entweder verlängert oder ggf. entfristet werden (vgl. dazu etwa die Begründung zu Art. 3).

B. Besonderer Teil

Zum Titel des Gesetzes

Der Titel des Gesetzes – „Gesetz zur Verbesserung der palliativen und hospizlichen Versorgung (Palliativleistungsgesetz – PallLG)“ stellt klar, dass es um eine Neuausrichtung der gesamten Versorgung unter dem Aspekt der Palliation geht; nicht zuletzt die Kurzbezeichnung des Gesetzes – „Palliativleistungsgesetz“ – hebt dies ins Bewusstsein. Zugleich macht der Gesetzestitel aber unmissverständlich deutlich, dass ein weit verstandener Palliativgedanke immer auch vom hospizlichen Engagement ehrenamtlich Tätiger lebt. Die besondere Bedeutung ambulanter Hospizdienste, die auch nach einer Neuordnung der Palliativversorgung bestehen bleibt, wird so in der gebotenen Weise hervorgehoben. Palliativärztliche und -pflegerische Versorgung, wie sie insbesondere von Ambulanten Palliativdiensten (APD) erbracht wird, und die helfende Tätigkeit namentlich der Ambulanten Hospizdienste (zu ihnen näher § 37a Abs. 2 SGB V) ergänzen einander in einem umfassend angelegten Versorgungskonzept. Dass die Begriffe „palliativ“ und „Palliativleistungen/-versorgung“ in den Vordergrund gerückt werden, ist angemessen, denn um den Grundgedanken der Palliation sind alle Aktivitäten zentriert, auch das spezifisch hospizliche Engagement. Zudem entspricht eine Begrifflichkeit, die um die Begriffe „palliativ“ angeordnet ist, dem international vorherrschenden Sprachgebrauch, die die für den deutschsprachigen Raum eigenständige Entwicklung der Hospizbewegung so nicht kennt. Palliativtherapeutisches und -pflegerisches sowie hospizliches Engagement lassen sich – daran lässt der Gesetzestitel, gewissermaßen als Kompass für den gesamten Gesetzentwurf, keinen Zweifel – nicht auseinander dividieren, sondern sie bleiben im Interesse der Patientinnen und Patienten durchgehend aufeinander bezogen.

Zu Art. 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 2a)

§ 2a SGB V erhält eine neue Fassung, der die besonderen Belange von Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung hervorhebt. In dieser Einweisungsnorm kommt die Grundabsicht des Gesetzentwurfs, das gesamte System der GKV am palliativen Gedanken auszurichten, deutlich zum Ausdruck. Als Auslegungs- und Ermessensdirektive, die § 2a schon bisher war, wirkt die neu gefasste Bestimmung nunmehr auch im Sinne von „Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung“. Diese Formulierung ist bewusst gewählt, um eine zeitlich allzu genaue Fixierung zu vermeiden, die der Vielgestaltigkeit des individuellen Bedarfs an palliativer Versorgung nicht gerecht würde. – Näheres zur Formulierung „Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung“ in der Begründung zu § 37a SGB V.



Zu Nummer 2 (§ 27)

§ 27 ist die zentrale Anspruchsnorm des SGB V, die die Inhalte des Anspruchs auf Krankenbehandlung benennt. Das Patientenrecht auf palliative Versorgung wird hier verankert. Die Änderungen in Abs. 1 stellen klar, dass auch die Palliativversorgung, namentlich ihre palliativärztlichen und palliativpflegerischen Aspekte, insbesondere die Palliativversorgung durch Ambulante Palliativdienste (APD), Teil der Krankenbehandlung ist. § 27 Abs. 1 S. 1 in der Fassung des Gesetzentwurfs verdeutlicht, dass es nicht nur um die Palliative-Care-Teams (die Ambulanten Palliativdienste [APD]) geht, sondern die gesamte Krankenbehandlung – nicht nur die ärztliche, sondern auch die von anderen Leistungserbringern ins Werk gesetzte – am Palliativgedanken zu orientieren ist und von ihm geprägt sein muss. Die in § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V eingefügte Nr. 1a SGB V stellt klar, dass die Leistungen der Ambulanten Palliativdienste (Palliative-Care-Teams) eine Form palliativ geprägter Krankenbehandlung sind, aber durchaus nicht die einzige.

Zu Nummer 3 (§ 28)

Die Änderung des § 28, der generell die Inhalte der ärztlichen Behandlung benennt, führt dazu, dass die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen Ambulanter Palliativdienste (APD) unmissverständlich als Teil der ärztlichen Behandlung ausgewiesen wird. Damit ist noch keine Einordnung in das System der Vergütung mittels der Kassenärztlichen Vereinigungen impliziert; sie ist für die ärztliche Behandlung als Teil der Ambulanten Palliativdienste (APD) auch nicht vorgesehen (näher die Begründung zu § 132a Abs. 3 SGB V).

Zu Nummer 4 (§ 37)

Da es dem Entwurf nicht nur darum geht, Ambulante Palliativdienste (Palliative-Care-Teams) zu installieren, sondern darum, das GKV-System umfassend auf den Gedanken der Palliativversorgung einzustellen, wird der in der Praxis wichtige Bereich der Pflege ausdrücklich auf die palliativpflegerischen Aspekte ausgerichtet. Abs. 6 stellt klar, dass der Anspruch auf palliativ geprägte Krankenbehandlung (vgl. den neu gefassten § 27 SGB V) sich auch auf einen Anspruch auf palliativpflegerische Versorgung im Rahmen Ambulanter Palliativdienste (APD) erstreckt.

Zu Nummer 5 (37a)

§ 37a ist die zentrale Vorschrift des Gesetzentwurfs, weil er die bislang nicht bekannten Ambulanten Palliativdienste (APD) näher definiert und die Feinprogrammierung ihrer Aufgaben namentlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss näher strukturiert. Außerdem enthält § 37a eine Fördervorschrift im Hinblick auf die ambulanten Hospizdienste. In Absatz 3 ist eine spezifische Erstattungsregelung vorgesehen. – Im Einzelnen:

Absatz 1

In Absatz 1 wird zunächst (Satz 1) der Anspruch des Versicherten auf die Leistungen Ambulanter Palliativdienste (APD) ausdrücklich genannt; er konkretisiert den allgemeinen An-

spruch auf Versorgung mit palliativen Leistungen (vgl. § 27 Abs. 1), wobei die palliativärztlichen und pflegerischen Leistungen im Vordergrund stehen (siehe auch die Begründung zu § 132a Abs. 3 SGB V). Zugleich wird klargestellt, dass die Leistungen Ambulanter Palliativdienste (APD) eine ergänzende Funktion haben, also insbesondere das hausärztliche Versorgungssystem nicht ersetzen, sondern nur patientengerecht vervollständigen wollen; Näheres ist Sache der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sodann wird (in Satz 2) näher definiert, was unter einem Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung zu verstehen ist, auf den sich die Leistungen der Ambulanten Palliativdienste (APD) beziehen. Die Definition übernimmt weithin die entsprechende Definition in § 45 Abs. 4 SGB V, die sich auf den Krankengeld-Anspruch bei der Betreuung noch nicht 12-jähriger Kinder bezieht. Der Entwurf verzichtet auf die Bezeichnung „Sterbende“, „Menschen am Lebensende“ o.ä., weil dies eine allzu starre Benennung von Zeitfenstern erforderlich macht, die dem Behandlungsbedarf von Menschen, die mitunter nicht nur über Wochen oder Monate, sondern über Jahre an einer letztlich tödlichen Erkrankung leiden, nicht gerecht würde. Insoweit übernimmt der Gesetzentwurf aus der Vorbildnorm des § 45 Abs. 4 S. 1 SGB V dessen Buchstaben c) nicht, wo von „Wochen oder wenigen Monaten“ die Rede ist. Allerdings kann dieses – ohnehin schon flexible – Zeitfenster als Orientierung namentlich bei der zeitlichen Konkretisierung des Anspruchs durch den Gemeinsamen Bundesausschuss dienen. Es muss allerdings in jedem Fall Vorsorge getroffen werden für Konstellationen, in denen es nicht nur um „wenige Monate“ geht. So wenig wie jeder Sterbende ein Palliativpatient ist, so wenig setzt palliativer Behandlungsbedarf voraus, dass jemand Sterbender – im Sinne eines nach allen Erfahrungen prognostizierbaren, auf wenige Tage oder Wochen bezogenen Zeitraums bis zum Eintritt des Todes – ist.

Satz 3 definiert näher, was die spezifischen Aufgaben des Ambulanten Palliativdienstes (APD) sind. Er erweist sich als Kombination verschiedener Aspekte, weil er versorgend *und* beratend (konsiliarisch) und hierbei nur ergänzend, aber gleichwohl dauernd erreichbar (als eine Art spezifischer palliativer Notdienst) tätig wird. Der APD bleibt bezogen auf die jeweilige haus- wie fachärztliche (etwa onkologische) Behandlung (Nr. 1), wobei die ergänzende Tätigkeit auch in einem Heim zulässig ist, soweit sich der Versicherte dort aufhält. Der APD hat, soweit es die Behandlung erfordert, ein abgeleitetes Zutrittsrecht zum Heim, das sich als (ungeschriebene) Nebenpflicht aus dem Heimvertrag herleitet, denn § 11 Abs. 1 Nr. 3 Heimgesetz verlangt die Sicherstellung der „ärztlichen und gesundheitlichen Betreuung“, was eine entsprechende heimgesetzkonforme Auslegung des jeweiligen Heimvertrages erfordert. Zugleich ist das Sicherstellungsgebot des § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG so zu verstehen, dass es die jeweilige vom Versicherten erwünschte Versorgung nach Maßgabe des SGB V, bspw. die Versorgung durch einen APD, ermöglichen will. Nr. 2 bezieht sich auf die konsiliarische Funktion des APD, wobei die dort genannten Leistungserbringer der GKV (Hausärzte) nicht abschließend, sondern nur beispielhaft aufgeführt sind. So könnte etwa auch eine Physiotherapeutin oder ein Physiotherapeut beim APD Rat über eine aus palliativmedizinischer Sicht gebotene physiotherapeutische Behandlung einholen. Auch Pflegende, die etwa im Rahmen der „normalen“ – nicht spezifisch palliativen – Pflege nach dem Pflegeversicherungsrecht Klärungsbedarf haben, können Rat einholen. Nr. 3 ähnelt Nr. 2, weil es hier ebenfalls um Beratung im weiteren Sinne geht, nämlich die Beratung und Begleitung der Angehörigen. Der Begriff der Angehörigen wird nicht näher definiert; er ist tendenziell weit zu verstehen, und zwar in Anlehnung an das Vorbild des französischen Rechts, das von „entourage“



spricht (vgl. oben Allgemeiner Teil der Begründung, A. IV. 1.), also dem Umfeld, das den Patienten gemäß seinen Vorstellungen von und seinen Wünschen nach angemessener Begleitung umgibt bzw. umgeben soll. Als erster – allerdings nicht erschöpfender – Anhaltspunkt kann der Angehörigen-Begriff des § 16 Abs. 5 SGB X herangezogen werden; als Angehörige sind aber z.B. auch Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder Mitglieder einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft zu verstehen. Durch den Verweis auf das Einverständnis des/der Versicherten wird klargestellt, dass die Patientenautonomie selbstverständlich auch hier gewahrt werden muss. Zugleich zeigt die Wortwahl („Einverständnis“) an, dass mit Blick auf den Zustand des oder der Versicherten an die Erteilung des Einverständnisses keine zu strengen Anforderungen gestellt werden dürfen. Es muss nur deutlich werden, dass der/die Versicherte mit den in Nr. 2 und Nr. 3 geregelten Maßnahmen einverstanden ist; das kann auch durch konkludentes Verhalten geschehen. Nr. 4 greift den konsiliarischen Charakter des APD ebenfalls auf, denn die Entwicklung eines inhaltlich abgestimmten Betreuungskonzepts macht in der Regel vorgängige (Beratungs-)Gespräche mit anderen Leistungserbringern erforderlich. Nr. 5 schließlich fokussiert das „Schnittstellenmanagement“, das im sektorierten Gesundheitssystem durchweg ein Problem darstellt und insbesondere für Palliativpatienten zügig für praktikable Problemlösungen sorgen muss. Dem APD kommt hier insbesondere eine „Brückenfunktion“ zu, weil er den Übergang in andere Bereiche (Krankenhaus, stationäres Hospiz, Heim, eigene Wohnung, Wohnung Angehöriger [z.B. von Kindern]) organisieren hilft.

Satz 4 bis 8 betreffen den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Wie jede gesetzlich programmierte Leistung bedarf auch der Anspruch auf Versorgung durch den APD einer Feinprogrammierung. Damit der G-BA aber nicht als „kleiner“ Gesetzgeber faktisch die Aufgabe des „großen“ Gesetzgebers (Parlament) übernimmt, muss die parlamentsgesetzliche Vorstrukturierung der Richtlinienggebung dergleichen möglichst vermeiden helfen. Andererseits ist anzuerkennen, dass der G-BA als Normgeber einen gewissen Normsetzungsspielraum beanspruchen darf, der nicht restlos durch Gesetz vorgeordnet werden kann. Der Entwurf geht so vor, dass zunächst in den Sätzen 1 – 3 das, was inhaltlich die Leistungen des APD bzw. den entsprechenden Leistungsanspruch charakterisiert, deutlich benannt wird. Sodann wird dem G-BA in Satz 4 und 6 aufgegeben, bestimmte Bereiche näher durch Richtlinien zu normieren (Notwendigkeit der Versorgung durch APD, personelle, fachliche Standards, Bedarf, Qualitätssicherung, Fragen der Überweisung, ohne dass eine Überweisung immer vorher nötig wäre [„direkter Zugang“], sie kann auch nachträglich erfolgen). Die Feinprogrammierung ist insbesondere mit Blick auf den Personalbedarf notwendig, der durch Benennung von Maßstäben ermittelbar gemacht werden muss und hinsichtlich dessen Kriterien der Anpassung bei veränderter Bedarfslage vorzusehen sind (siehe hierzu die Begründung im Allgemeinen Teil, A. IV. 5. sowie die Begründung zu § 132a Abs. 3 SGB V). Zugleich wird der G-BA (in Satz 7) an die Erfahrungen vergleichbarer Versorgungsangebote gebunden, die es in Bezug auf Modellprojekte (nicht mit Modellvorhaben im Sinne der §§ 63 ff. SGB V zu verwechseln), namentlich im Rahmen der integrierten Versorgung und im Rahmen der stationären palliativen Versorgung gibt, und zwar im In- und Ausland. Soweit es um Standards geht, wird der G-BA sich nicht nur an nationalen (Praxis-)Vorbildern, sondern auch an internationalen Beispielen orientieren können (z.B. an Österreich [vgl. www.hospize.at] oder dem angloamerikanischen Bereich, etwa Standards for Palliative Care Provision – Palliative Care Australia, Third Edition October 1999; Standards for Hospice 2004/2005, Joint

Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2004 [www.jcaho.org]; Joint Commission International Accreditation – Standards for the Care Continuum, 2003 [www.jcrinc.com]; Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, National Consensus Project for Quality Palliative Care, Pittsburg 2004; Wrede-Seaman, Symptom Management Algorithms – A Handbook for Palliative Care, 1999 [www.Intelli-card.com]; National Institute for Clinical Excellence [NICE], Guidance on Cancer Services – Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer, 2004 [www.nice.org.uk]). Auch der Austausch mit Pflegeverbänden wird hier hilfreich sein (dazu die Begründung zum neuen § 92 Abs. 7b SGB V). Auch besonderen Situationen der Palliativversorgung, etwa der palliativen Versorgung von Kindern, ist Rechnung zu tragen (vgl. Enquete-Kommission, Bundestags-Drucksache 15/5858, S. 31 f., S. 66 f.).

Zu erlassen hat der G-BA einerseits die Richtlinien, die sich speziell auf die Leistungen der APD beziehen (vgl. Satz 4), aber er hat andererseits auch in anderen, schon bestehenden Richtlinien Anpassungen vorzunehmen, die sich aus der Neuausrichtung der GKV auf die Palliation ergeben. Der G-BA hat die Richtlinien spätestens bis zum 31.10.2006 zu erlassen, d.h. er muss sie jedenfalls beschlossen haben; dabei muss der Inkrafttretenszeitpunkt 1.1.2007 vorgesehen werden. Lässt der G-BA die Frist verstreichen, muss (nicht: kann) das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Richtlinien im Wege der Ersatzvornahme erlassen, so dass sie am 1.1.2007 in Kraft treten können. Dieses Verfahren stellt sicher, dass alle Regeln, die das neue Recht, namentlich § 37a Abs. 1 S. 1–3 SGB V, in der Fassung des Entwurfs, operabel machen sollen vorliegen. Die im Wege der Ersatzvornahme erlassenen Richtlinien sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen (vgl. auch § 94 Abs. 2 SGB V).

Absatz 2

Absatz 2 knüpft an die bisherige Regelung des § 39a Abs. 2 über die finanzielle Förderung Ambulanter Hospizdienste an und passt sie zugleich an die Neuausrichtung der Palliativversorgung an. Die Summe von 0,40 Euro pro Versicherten entspricht der Vorgabe, die der jetzige § 39a Abs. 2 S. 5 SGB V für das Jahr 2007 vorsieht. Bei ca. 60 Mio. Versicherten (genau - bezogen auf das Jahr 2003 -: 58.683.000 GKV-Versicherte, vgl. Basisdaten 2005, hrsgg. von VdAK/AEK, www.vdak.de) ergibt sich eine Fördersumme von insgesamt ca. 24 Mio. Euro.

Grundsätzlich ist zu bedenken, dass ambulante Hospizdienste künftig im Unterschied zur noch geltenden Rechtslage ehrenamtlich arbeitende Begleitdienste (ohne Pflegeberatungsleistungen) sind; sie konzentrieren sich nunmehr auf die psychosoziale Begleitung. Soweit bisher im Rahmen sog. ambulanter Hospizdienste Pflegeberatungsleistungen erbracht werden, sind diese Leistungen künftig nur noch im Rahmen eines APD zu erbringen. Dies macht für ambulante Hospizdienste ggf. nur eine Umorganisation im Rahmen eines APD erforderlich. Eine finanzielle Förderung mit Blick auf die Pflegeberatungsleistungen wird demnach nicht mehr erbracht, weil der Ort spezifisch ambulanter Palliativpflege künftig der APD ist. Die Fördervoraussetzungen lehnen sich im Übrigen an die derzeit noch geltende Regelung des § 39a Abs. 2 SGB V an. - Zu Übergangsvorschriften siehe Art. 5 des Gesetzentwurfs einschließlich Begründung.



Absatz 3

§ 37a Abs. 3 sieht eine spezielle Erstattungsregelung für den Fall vor, dass APD in Krankenhäusern mit Palliativabteilungen (vgl. - auch zur Bezugnahme auf fünf Palliativbetten - die Begründung zu Art. 3 des Entwurfs) oder stationären Hospizen (vgl. insoweit die Begründung zu § 107a SGB V) tätig werden. Dann kann die Krankenkasse durch Verwaltungsakt (also nicht etwa im Wege der zivilrechtlichen Erstattungsklage) gegen den jeweiligen Träger einen (Teil-)Erstattungsanspruch geltend machen, wobei aus Gründen der Praktikabilität Pauschalierungen zulässig sind. Unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung erscheint es angemessen, nur die genannten Träger ggf. Erstattungsansprüchen auszusetzen, denn es handelt sich um Einrichtungen, die nach ihrem gesetzlich fixierten Selbstverständnis die gebotenen Palliativpflegestandards einhalten müssen und typischerweise auch über die finanziellen und organisatorischen Mittel verfügen, diese Standards effektiv umzusetzen. Greifen sie auf die Leistungen der APD (Palliative-Care-Teams) zurück, ziehen sie Leistungen heran, die sie eigentlich selbst vorhalten müssen. Da die Erstattungsregelung eine Ermessensbestimmung ist, besteht kein Zwang zur Erstattung. Vielmehr muss die Krankenkasse im Rahmen ihres Ermessens etwaige Härten, die eine Erstattung bedeuten würde, prüfen; Härten werden auch durch die Möglichkeit, nur Teilbeträge zu fordern, vermieden. Insbesondere in der Anfangszeit der Neuregelungen ermöglicht es die Ermessensregelung, angemessen auf immerhin denkbare Anlaufschwierigkeiten zu reagieren.

Die Heime (Heimträger) wurden bewusst aus der Erstattungsregelung ausgeklammert. Eine Gleichsetzung mit den Krankenhäusern, die über Palliativstationen/Palliativeinheiten verfügen, oder eine Gleichsetzung mit stationären Hospizen erscheint nicht sachgerecht: Zunächst fehlt es in Heimen an einer ständigen ärztlichen Versorgung, wie sie in stationären Hospizen (vgl. § 107a SGB V) und in Krankenhäusern mit Palliativstationen/-einheiten nach dem Gesetzentwurf obligatorisch ist. Dieser Unterschied hat seinen Grund darin, dass Heime nicht wie die Krankenhäuser mit Palliativstationen/-einheiten oder stationäre Hospize im Rahmen des Krankenversicherungsrechts (GKV-Rechts) verpflichtet sind, sich an die neuen Standards der Palliativversorgung anzupassen. Sie sind keine Akteure der GKV, so dass die im SGB V enthaltenen Regelungen sie auch nicht verpflichten können. Würde man eine Erstattungsregelung für Heime vorsehen, dann würde, genau genommen, das allgemeine Problem, wie die ärztliche Versorgung und die Qualität der Pflege sichergestellt werden können, für einen Teilbereich - die palliativärztliche und die palliativpflegerische Versorgung - geregelt (zum Problem, die ärztliche Versorgung überhaupt in Heimen sicherzustellen, Angela Mißlbeck, Betreuung von Heimbewohnern bringt viele Kollegen in die Zwickmühle von Ethik und Wirtschaftlichkeit, Ärzte-Zeitung vom 19.4.2006). Folgeprobleme der Abstimmung mit der Normierung von Pflegestandards, wie sie insbesondere im SGB XI vorgesehen sind, würden auftreten. Es erscheint sinnvoller, insbesondere die Frage der ärztlichen Versorgung und der Pflegequalität in Heimen umfassend zu klären und nicht bloß punktuell im Rahmen des vorliegenden Entwurfs, dessen Regelungsschwerpunkt nicht die ohne Zweifel verbesserungsbedürftige Situation von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern ist.

Zu Nummer 6 (§ 37a a.F. wird § 37b)

Aus Gründen des Sachzusammenhangs wird die bisherige Vorschrift des § 37a SGB V, der die Soziotherapie als besondere Leistung der psychiatrischen Versorgung regelt, neu nummeriert; sie ist künftig § 37b SGB V. Es handelt sich um eine rein redaktionelle, auf die äußere Gesetzssystematik bezogene Änderung ohne inhaltliche Bedeutung.

Zu Nummer 7 (§ 39)

§ 39, der den Anspruch auf Krankenhausbehandlung betrifft, wird so verändert, dass auch aus ihm hervorgeht, dass die Palliativversorgung genuiner Bestandteil jeder Krankenhausbehandlung - auch der Krankenhausbehandlung im Krankenhaus - ist. Dem Grundanliegen des Gesetzentwurfs, die gesamte GKV dem Palliativversorgungsgedanken anzupassen, wird damit auch hier Rechnung getragen.

Zu Nummer 8 (§ 39a)

Der bisherige § 39a SGB V wird gestrichen. Die bisherige Regelung des § 39a Abs. 2 (Förderung ambulanter Hospizdienste) ist nunmehr in § 37a Abs. 2 enthalten. Der bisherige § 39a Abs. 1 (Förderung der stationären Hospize) wird ersetzt durch den neuen § 107a über die stationären Hospize (siehe die Begründung zu § 107a SGB V).

Zu Nummer 9 (§ 92)

Die Änderungen des § 92 SGB V, die sich auf die Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beziehen, sind sachlich mit § 37a Abs. 1 Satz 4 - 8 verbunden, wo die Tätigkeit des G-BA in Bezug auf die Palliativversorgung inhaltlich näher geregelt wird. Der neue § 92 Abs. 1 S. 1 Nr. 1a stellt nur deklaratorisch klar, dass die in § 37a Abs. 1 S. 4 angesprochenen APD-spezifischen Richtlinien "Richtlinien" im Sinne des § 92 sind. Der neue Abs. 7b will sicherstellen, dass die auf die Palliativversorgung bezogenen Richtlinien erst beschlossen werden, nachdem sachverständige Akteure, nämlich die Pflegedienste oder ihre bundesweit maßgeblichen Vertretungen sowie bundesweit tätige Organisationen, die dem Palliativ- oder Hospizgedanken satzungsgemäß verpflichtet sind (z.B. Deutsche Hospiz Stiftung, Bundesarbeitsgemeinschaft [BAG] Hospiz), ihre Einschätzungen abgegeben haben. Die Richtlinienbeschlüsse muss der G-BA in nachvollziehbarer Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen und den ggf. in ihnen enthaltenen Vorschlägen begründen (vgl. Absatz 7b Satz 3).

Zu Nummer 10 (§ 107a)

§ 107a tritt an die Stelle des bisherigen § 39a Abs. 1 SGB V. Stationäre Hospize werden als krankenhaushähnliche Einheiten anerkannt, für die die Regelungen für Krankenhäuser grundsätzlich entsprechend gelten. Die Ähnlichkeit zum Krankenhaus kommt auch in der Formulierung "unter ständiger ärztlicher Verantwortung" zum Ausdruck, die klarstellt, dass eine dauerhaft verfügbare ärztliche Betreuung sichergestellt sein muss. Allerdings unterscheidet sich die Formulierung bewusst von der auf Krankenhäuser bezogenen Formulierung "unter ständiger ärztlicher Leitung" in § 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Damit soll von vorn-



herein dem Eindruck entgegengewirkt werden, die Ärzte, die in einem stationären Hospiz tätig sind, müssten diese Einrichtung im Sinne einer über die unmittelbar-ärztliche Tätigkeit hinausgehenden Gesamtverantwortung (etwa nach dem Vorbild eines leitenden Krankenhausarztes ["Chefarzt"]) leiten. Das kann so sein; zwingend ist es nicht.

Als krankenhausähnliche Einrichtungen unterliegen die stationären Hospize grundsätzlich den Regelungen des Krankenhausvergütungsrechts; allerdings sind sie vom Fallpauschalensystem ausgenommen (siehe die Begründung zu Art. 3). Das stationäre Hospiz betrifft Palliativpatienten (Menschen mit palliativem Behandlungsbedarf), die nicht ambulant behandelt werden können. Da der Schwerpunkt der Palliativversorgung nach dem Konzept des Gesetzesentwurfs auf dem ambulanten Bereich liegt - wie die Ambulanten Palliativdienste (APD) veranschaulichen -, werden stationäre Hospize nur soweit finanziert, als für sie ein Bedarf besteht. Diese Regelung ermöglicht eine flexible Anpassung der Versorgungsstrukturen und eine zeitnahe Abstimmung mit dem stationären Versorgungsangebot.

Zu Nummer 11 (§ 125)

Die Änderung stellt sicher, dass die besonderen Anforderungen an eine Palliativversorgung auch im Heilmittelbereich (Physiotherapie etc.) berücksichtigt werden. In den Rahmenempfehlungen für den Heilmittelbereich ist auch den neuen Richtlinien des § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V Rechnung zu tragen. Das Grundanliegen des Gesetzesentwurfs, den Gedanken der Palliativversorgung im Rahmen der GKV umfassend zur Geltung zu bringen, kommt hier einmal mehr zum Tragen.

Zu Nummer 12 (§ 132a)

Die neu gefasste Überschrift stellt zunächst aus Sicht der Leistungserbringer klar, dass Bestandteil der im Rahmen der GKV zu leistenden Pflege auch die Palliativpflege ist. Außerdem werden die ambulanten Pflegedienste, wie schon die Überschrift deutlich macht, in besonderer Nähe zum Pflegebereich angesiedelt, was den besonderen Stellenwert der Pflege im Rahmen der Ambulanten Palliativdienste (APD) unterstreicht. Ferner stellt die Änderung unter Buchstabe b) klar, dass die Rahmenempfehlungen zur Pflege auch auf die Besonderheiten der Palliativversorgung abzustimmen sind. Gleiches - siehe die Änderung unter Buchstabe c) - gilt für Verträge, die mit Pflegediensten geschlossen werden; auch sie müssen dem Palliativgedanken Rechnung tragen.

Eine zentrale Neuerung stellt Absatz 3 dar. Er bildet aus Sicht der Leistungserbringer die notwendige organisatorische Ergänzung zu § 37a SGB V, dem Anspruch auf Versorgung durch Leistungen der Ambulanten Palliativdienste (APD). Entscheidend ist, dass die APD als eigenständige Leistungserbringer verstanden werden, unter deren Dach verschiedene Gesundheitsberufe agieren, jedenfalls ein Arzt oder eine Ärztin sowie Pflegenden und andere Personen, die die Behandlung und Begleitung von Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung organisieren und koordinieren. Eine vertragsärztliche Zulassung ist nicht Voraussetzung für die ärztliche Tätigkeit in einem APD. Die Richtlinien nach § 92 SGB V, auf die verwiesen wird, müssen näher festlegen, welche besondere Qualifikationen die beteiligten Ärzte erfüllen müssen (vgl. die Begründung zu § 37a Abs. 1 SGB V). Für die Pflegekräfte

wird das Erfordernis einer besonderen Qualifikation klarstellend benannt. In den Richtlinien nach § 92 SGB V ist dieses Erfordernis näher zu definieren, denn es muss auf die besondere Qualifikation der Ärzte abgestimmt sein, damit die Komplexleistung der APD in sich konsistent erbracht werden kann.

Der Verweis auf die Person, die die Behandlung und Begleitung (vgl. § 37a Abs. 2 SGB V) organisiert und koordiniert, stellt sicher, dass jedem Ambulanten Palliativdienst (APD) mindestens ein professionell agierender "Case-Manager" ("Fall-Manager") bzw. ein "Counsellor" oder "Koordinator" angehört, der vor allem für das Schnittstellen-Management zuständig ist. Der Koordinator bzw. die Koordinatorin sorgt u.a. dafür, dass die Hilfsangebote immer auf die je konkrete Bedürfnislage des kranken Menschen abgestimmt bleiben. Koordinierende bzw. organisatorische Aufgaben stellen sich nicht zuletzt im Hinblick auf die Aufgaben, die in § 37a Abs. 1 S. 3 Nr. 4 und 5 SGB V genannt werden, also die Entwicklung von Betreuungskonzepten oder das Schnittstellenmanagement zwischen den beteiligten Akteuren (vgl. die Begründung zu § 37a Abs. 1 SGB V). Denkbar sind etwa Gespräche mit der Krankenkasse des oder der Versicherten oder Abstimmungen mit dem für nicht-palliativspezifische Pflege zuständigen Pflegedienst einschließlich praktischer Aspekte wie beispielsweise der Terminabstimmung; weiter zählen hierzu z.B. klärende Gespräche mit den einzelnen Leistungserbringern. Die Aufgabe des "Koordinators" ähnelt teilweise der koordinierenden Rolle der Fachkraft in den ambulanten Hospizdiensten nach bisherigem Recht (vgl. § 3 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03. September 2002 i.d.F. vom 17. Januar 2006), ist aber als eigenständige Rolle konzipiert, für die es im bisherigen Gesundheitswesen kein direktes Vorbild gibt.

Ambulante Palliativdienste (APD) können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen (vgl. Absatz 3 S. 2). Insoweit lehnt sich die Neuregelung an § 95 Abs. 1 S. 3 Halbs. 1 SGB V über die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an, denen die APD wegen ihres multiprofessionellen Charakters ähneln. Welche gesellschaftsrechtlichen Organisationsformen zulässig sind, hängt aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte vom ärztlichen Berufsrecht ab, wie es in Anlehnung an die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer (MBO) in den Berufsordnungen der Ärztekammern in den Ländern geregelt ist (abrufbar auf der Homepage der Bundesärztekammer, www.baek.de). Hierbei ist insbesondere § 23b MBO über "Medizinische Kooperationsgemeinschaften zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe" (= § 23a der Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein, abrufbar unter www.aekno.de) zu beachten. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anerkannten Kranken- oder Altenpflegekräften (staatliche Ausbildungsberufe) sowie (im Hinblick auf die psychosoziale Betreuung) Angehörigen sozialpädagogischer Berufe, die ausdrücklich genannt werden, ist danach grundsätzlich möglich. Denkbar sind Zusammenschlüsse selbständig Tätiger etwa in der Rechtsform der BGB-Gesellschaft, möglich ist aber z.B. auch, dass eine von den Akteuren gegründete Gesellschaft (bspw. eine GmbH) als Arbeitgeber fungiert mit der Folge, dass einzelne Teamangehörige als Arbeitnehmer/innen zu qualifizieren wären. Auch ein Krankenhausträger kann als Träger eines APD in Betracht kommen. Das Gesetz ist hier bewusst offen gehalten, um möglichst viele Gestaltungsoptionen zu eröffnen.

Wichtig ist, dass die Ambulanten Palliativdienste (APD) unmittelbar mit den Krankenkassen Verträge schließen, wobei die Bestimmungen über das Schiedsverfahren nach § 132a Abs. 2



Satz 6 - 9 auch für die APD gelten. Da der APD ein eigenständiger Leistungserbringer ist, der eine Komplexleistung erbringt, also nicht Teil der vertragsärztlichen (kassenärztlichen) Versorgung ist, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht beteiligt.

Die Verträge konkretisieren im Verhältnis Krankenkasse/APD die Vorgaben, die im Gesetz und den Richtlinien für Ambulante Palliativdienste normiert sind. Das gilt insbesondere für die Bemessung des Personalbedarfs und seine Anpassung, der in den Richtlinien näher zu regeln ist (vgl. die Begründung im Allgemeinen Teil, A. IV. 5, sowie die Begründung zu § 37a Abs. 1 SGB V). Die Verträge müssen deshalb auch entsprechende Anpassungsklauseln hinsichtlich des Personalbedarfs vorsehen, mithin den Vertragspartner, namentlich den APD, dem Grunde nach ein Recht auf Nach- bzw. Neuverhandlungen des Personalbedarfs einräumen.

Zu Art. 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Um die Probleme der bisherigen Mischfinanzierung im Wechselspiel von SGB V und SGB XI künftig zu vermeiden, wird die Palliativversorgung durch Ambulante Palliativdienste (APD), ambulante Hospizdienste, Krankenhäuser sowie stationäre Hospize aus dem SGB XI ausgenommen. Diese Regelung dient der Klarheit und soll die bisherigen Abgrenzungsprobleme beenden.

Zu Art. 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Einer dem Grunde nach auf die Enquete-Kommission des Bundestages zurückgehenden Forderung entsprechend (vgl. Bundestags-Drucksache 15/5858, S. 74 f.), werden Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich oder organisatorisch abgegrenzt und über mindestens fünf Betten verfügen, sowie stationäre Hospize (§ 107a) bis zum Ablauf des Jahres 2012 aus dem DRG-basierten Fallpauschalensystem herausgenommen. Die Definition der Palliativstationen/-einheiten folgt dem Vorbild des (zwischenzeitlich außer Kraft getretenen) § 1 Abs. 3 S. 1 Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005 (FPVBE 2005) vom 12. Mai 2005 (BGBl. I S. 1340). Hintergrund der Bezugnahme auf fünf Palliativbetten ist eine typisierende Betrachtung, die davon ausgeht, dass ab einer Zahl von fünf Palliativbetten realistischerweise ein Aufwand betrieben wird, der eine standardgerechte, qualitätsgesicherte stationäre Palliativbehandlung sicherstellt (vgl. auch die Begründung zu § 37a Abs. 3 SGB V).

Die Erfahrung, die sich in der entsprechenden Empfehlung der Enquete-Kommission niedergeschlagen hat, zeigt, dass sich der spezifische Aufwand für Palliativpatienten - zumindest einstweilen - nicht angemessen in Fallpauschalen nach dem DRG-System abbilden lässt. Nach den bisherigen internationalen Erfahrungen wird insbesondere eine tagessatzbasierte Finanzierung leistungsgerechte Vergütungen ermöglichen. Die Vertragspartner nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) schließen entsprechende Verträge ab. Durch die Verweisung im neuen § 107a S. 3 SGB V auf § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V, der wiederum auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verweist, gilt der neue § 17b Abs. 1 S. 15 KHEntgG auch für stationäre Hospize; der Wortlaut des § 17b Abs. 1 S. 15 KHEntgG stellt dies nochmals unmissverständlich klar. Es gilt die neu gefasste Rechtsverordnungsermächtigung des § 17b Abs. 7 S. 1 Nr. 3 KHG, so dass das Bundesgesundheitsministerium im Verordnungswege insbesondere die Art der Vergütung zu regeln hat.

Die Herausnahme aus dem Fallpauschalensystem ist bis zum Ablauf des Jahres 2012 befristet. Zum einen soll im Sinne eines "lernenden Systems" abgewartet werden, ob sich die Erwartung, dass die künftige Palliativversorgung wesentlich über ambulante Strukturen abläuft, bestätigt. Aufgrund der Berichtspflicht des Art. 6 (vgl. die Begründung zu dieser Vorschrift) werden sich entsprechende Daten gewinnen lassen. Zum anderen kann die verbleibende Zeit genutzt werden, um an einer bereichsspezifischen Modellierung von DRGs zu arbeiten. Sollte sich zeigen, dass die Entwicklung der ambulanten Versorgung zu wünschen übrig lässt oder die Modellierung von Fallpauschalen noch Zeit braucht, kann die Regelung entfristet werden.

Zu Art. 4 (Änderung des Heimgesetzes)

Die Ergänzung im Heimgesetz stellt klar, dass Bestimmungen außerhalb des HeimG, die sich auf die stationären Hospize oder auf Palliativstationen etc. beziehen, eigenständig neben dem Heimrecht stehen, also nicht durch das Heimrecht verdrängt werden oder umgekehrt. Damit dient die Vorschrift der Rechtssicherheit.

Zu Art. 5 (Überleitungsvorschriften)

Die Überleitungsvorschriften des Absatz 1 stellen sicher, dass die neuen Förderregeln für ambulante Hospize die bisherigen Regeln der entsprechenden Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 17. Januar 2006 abgestimmt ablösen, also keine Lücke in der Förderung entstehen kann. Soweit es um die stationären Hospize geht (Absatz 2), erfolgt eine Anpassung an die neue Finanzierung stationärer Hospize gemäß § 107a SGB V, die den Beteiligten genügend Zeit für die Umstellung auf den und die Verhandlungen nach dem neuen § 107a SGB V belässt.

Zu Art. 6 (Berichtspflicht)

Die Bestimmung entspricht den Standards neuerer Gesetzgebungspraxis. Sie soll die realen Auswirkungen eines Gesetzesprojekts sichtbar machen und auf gesicherter Grundlage Gesetzesreformen ermöglichen. Das Palliativleistungsgesetz (PallLG) versteht sich mit seinen Neuregelungen als "lernendes System", das stetiger Evaluation und Anpassung bedarf (dazu schon die Begründung im Allgemeinen Teil, A. IV. 6.). Die Berichtspflicht basiert auf einem interessenpluralen Ansatz, denn sie soll möglichst viele Perspektiven auf das Palliativleistungsgesetz (PallLG) abbilden. Die regelmäßige Berichtspflicht ist bei einem Thema wie dem der Palliativversorgung angemessen, denn es geht wie bei der Thematik "Sterben und Tod" um ein Grundthema menschlicher Existenz zumal in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft. Relativ kurze Intervalle der Berichtspflicht werden der großen Bedeutung des Themas "Palliativversorgung" gerecht. Die rechtzeitige Aufforderung zur Abgabe von Stellungnahmen insbesondere durch Nutzung des Internets soll die möglichst breit gestreute Abgabe von Stellungnahmen gewährleisten.



Zu Art. 7 (Inkrafttreten)

Der in Absatz 1 geregelte grundsätzliche Inkrafttretenszeitpunkt 1. Januar 2007 belässt allen beteiligten Akteuren genügend Zeit, sich auf die veränderte Rechtslage einzustellen.

In Absatz 2 wird abweichend als Inkrafttretenszeitpunkt der Tag nach der Verkündung des Gesetzes im Bundesgesetzblatt normiert. Hierbei geht es in erster Linie um Bestimmungen, die Ermächtigungen zum Normerlass, namentlich zum Erlass von Richtlinien, oder Befugnisse zum Vertragsabschluss enthalten. Die Normsetzung und die Vertragsabschlüsse bedürfen eines Vorlaufs, damit sie hinreichend vorbereitet werden können. All dies stellt sicher, dass die neue Palliativversorgung, insbesondere die Tätigkeit der Ambulanten Palliativdienste (APD), die Behandlungswirklichkeit von Patientinnen und Patienten ab 1. Januar 2007 bestimmen wird.

03.13.01.012

Impressum:

Der Hospiz Patientenschutz Aktuell (HPA) ist eine spezielle Informationsschrift, insbesondere für die Mitglieder der Deutschen Hospiz Stiftung.

Geschäftsstelle: Europaplatz 7, 44269 Dortmund, Tel. 0231 / 73 80 73-0, Fax 023 1/ 73 80 73-1
Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 - 0, Fax 030 / 2 84 44 84 - 1
Informationsbüro München, Baldestraße 9, 80469 München, Tel. 089 / 20 20 81 - 0, Fax 089 / 20 20 81 - 11
Internet: www.hospize.de

Spendenkonto: 111 111 111, Stadtparkasse Dortmund, BLZ 440 501 99

Die Deutsche Hospiz Stiftung ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Düsseldorf. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 22.09.2004, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.