



Umsetzungsbedingungen des Hospiz- und Palliativgesetzes

Till Hiddemann

Referat Grundsatzfragen

Gesetzliche Krankenversicherung

Magdeburg, 22. Mai 2017



Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG)

- Das „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG)“ ist am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten.
- Zum Teil wirken die Regelungen unmittelbar (z.B. Erhöhung von Zuschüssen für Hospize).
- Vielfach bedarf es noch einer Umsetzung durch die Selbstverwaltung.
- Im Folgenden wird ein Überblick über die Regelung und den Umsetzungsstand gegeben.



Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung (AAPV)

- Im **vertragsärztlichen Bereich** vereinbaren die Selbstverwaltungspartner **zusätzlich vergütete Leistungen** zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Haus- und Fachärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit (§ 87 Abs. 1b SGB V).
- *Umsetzungsstand: Die Voraussetzungen wurden inzwischen in der Anlage 30 des Bundesmantelvertrages festgelegt. Dabei kommt der an der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer durch den koordinierenden Haus- oder Facharzt eine herausragende Bedeutung zu. Als nächstes muss auf Basis der Vereinbarung zur Palliativversorgung die Vergütung durch den Bewertungsausschuss im EBM geregelt werden.*



Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung (AAPV)

- Die Palliativversorgung im Rahmen der **häuslichen Krankenpflege** wird gestärkt. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die Leistungen der Palliativpflege zu konkretisieren und damit für die Pflegedienste abrechenbar zu machen (§ 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 SGB V).
- ***Umsetzungsstand:** Der entsprechende Beschluss des G-BA liegt dem BMG vor und wird derzeit geprüft (Frist 29. Mai 2017). Aktuell hat das BMG eine Nachfrage an den G-BA zur Ausgestaltung der vorgesehen Palliativpflege-Komplexleistung gerichtet. Bis zur Beantwortung der Nachfrage wird die Genehmigungsfrist ausgesetzt und nach Beantwortung entsprechend verlängert.*



Stärkung der spezialisierten Palliativversorgung (SAPV)

- Um insbesondere in ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der **spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** zu beschleunigen, wird ein Schiedsverfahren für entsprechende Versorgungsverträge eingeführt (§ 132d Abs. 1 SGB V).
- Zudem wird klargestellt, dass allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch in **selektivvertraglichen Versorgungsformen** gemeinsam vereinbart werden können. Die Qualitätsanforderungen für die SAPV gelten (§ 132d Abs 3 SGB V).



Stärkung der spezialisierten Palliativversorgung (SAPV)/Vergaberecht

- Nach einem Beschluss des OLG Düsseldorf von 2016 sind Verträge über SAPV, wenn sie ein Recht zur exklusiven Leistungsberechtigung beinhalten, als öffentliche Aufträge einzuordnen und dann **öffentlich (i.d.R. europaweit) auszuschreiben**.
- Keine gesetzliche Herausnahme der SAPV aus dem Vergaberecht möglich, da **europarechtlich vorgegeben**.
- Verträge können auch in einem **offenen Zulassungsverfahren** abgeschlossen werden, bei dem jeder Leistungserbringer, der vorher festgelegte Qualitätsanforderungen erfüllt, einen Vertrag erhält (Beispiel: Sachsen, Schreiben BMG an GKV-Spitzenverband).
- Bei Zulassungsverfahren keine Anwendung des Vergaberechts.



Stationäre Hospize / Finanzielle Ausstattung

- Die finanzielle Ausstattung **stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize** wird verbessert. Hierfür wird der Mindestzuschuss der Krankenkassen erhöht. Vor allem derzeit noch unterdurchschnittlich finanzierte Hospize erhalten einen höheren Tagessatz je betreutem Versicherten (rund 268 Euro in 2017).
- Die Krankenkassen tragen künftig 95 Prozent (bisher bei Erwachsenenhospizen 90 %) der zuschussfähigen Kosten.
- Änderungen wirken unmittelbar mit Inkrafttreten des Gesetzes.



Stationäre Erwachsenen-Hospize/ Rahmenvereinbarung

- Rahmenvereinbarungspartner sollen **bundesweit geltende Standards** zum Umfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festlegen (§ 39 Abs. 1 SGB V). Ziel: Verringerung regionaler Unterschiede

- *Umsetzungsstand: Vereinbarung ist am 12. Mai 2017 rückwirkend zum 1. Mai in Kraft gesetzt worden. Enthält Vorgaben für die Verhandlungspartner vor Ort, insb zu:*
 - *Personalanzahlzahlen,*
 - *räumliche Ausstattung,*
 - *Definition von Investitionskosten,*
 - *Voraussetzung für die Verlegung aus Pflegeeinrichtungen in ein Hospiz,*
 - *Trauerbegleitung als Bestandteil der Hospizversorgung.*



Stationäre Kinder-Hospize / Rahmenvereinbarung

- Gesetzliche Vorgabe, durch eine **gesonderte Rahmenvereinbarung** den besonderen Bedürfnissen von Kindern Rechnung zu tragen (§ 39a Abs. 1 Satz 5 SGB V).

- *Umsetzungsstand: Vereinbarung ist am 12. Mai 2017 rückwirkend zum 1. Mai in Kraft gesetzt worden. Enthält besondere Vorgaben für die Verhandlungspartner vor Ort, insb. zu*
 - *Anwendungsbereich, Definition von „Kindern“ (in Einzelfällen bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres),*
 - *Einbeziehung und Aufnahme Zugehöriger (in der Regel Eltern und Geschwister),*
 - *von Erwachsenenospizen abweichenden Personalanhaltszahlen und Vorgaben zur räumlichen Ausstattung.*



Ambulante Hospizdienste

- Bei den Zuschüssen für **ambulante Hospizdienste** werden künftig neben den Personalkosten **auch die Sachkosten** berücksichtigt. Hierzu wird gesetzlich der Zuschuss der Krankenkassen je Leistung von 11 auf 13 Prozent der Bezugsgröße (2017: 386,75 Euro) erhöht (§ 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V).
- Bei der Förderung ist zudem der besondere Aufwand für das **hospizliche Erstgespräch** zu beachten.
- Der steigende Zuschuss der GKV trägt insgesamt dazu bei, dass Hospizdienste mehr finanziellen Spielraum erhalten, auch um die **Trauerbegleitung** der Angehörigen mit zu unterstützen.
- Auch **Krankenhäuser** können ambulante Hospizdienste künftig mit Sterbebegleitungen beauftragen (§ 39a Abs. 2 Satz 2 SGB V).
- *Umsetzungsstand Die entsprechend überarbeitete Rahmenvereinbarung für ambulante Hospizarbeit ist seit 1. Januar 2016 in Kraft.*



Verbesserungen in der Pflegeversicherung

- Die **Sterbebegleitung** ist ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung (§§ 28 Abs. 5, 75 Abs. 2 SGB XI).
- Die **Pflegeheime** sind zur **Zusammenarbeit mit Hospizdiensten verpflichtet** und müssen die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten transparent machen (§ 114 SGB XI).
- Die **Pflegeheime** sind verpflichtet, **Kooperationsverträge** mit Haus- und Fachärzten abzuschließen. Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung (§ 119 b SGB V). **Umsetzungsstand:** *Seit 1. Juli 2016 sind entsprechende Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) im EBM abgebildet.*



Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

- Es wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine **Versorgungsplanung** zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung **in der letzten Lebensphase** organisieren und anbieten können. Dieses besondere Beratungsangebot wird ebenfalls von den Krankenkassen finanziert (§ 132 g SGB V).
- *Umsetzungsstand: Das Stellungnahmeverfahren zum Entwurf einer entsprechenden Rahmenvereinbarung ist mit dissidenten Punkten in Detailfragen der Qualifizierung von Beraterinnen und Beratern sowie zu Vergütungsfragen am 16. Mai 2017 eingeleitet worden. Der Dissens soll im Zuge der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens gelöst werden. Mit einem Inkrafttreten ist nicht vor September 2017 zu rechnen.*



Stationäre Versorgung

- Zur **Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern** ist vorgesehen, dass für eigenständige Palliativstationen, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, künftig auf Wunsch des Krankenhauses krankenhausesindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden können (§ 17 b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz)
- In Krankenhäusern, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, können die Häuser **hauseigene Palliativ-Teams** aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren (§ 17 b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, § 6 Abs. 2a Krankenhausentgeltgesetz). **Umsetzungsstand:** *Durch die Ermöglichung eines Zusatzentgelts wird diese Option gefördert. Solange kein bundesweites Zusatzentgelt kalkuliert werden kann, können Krankenhäuser ab dem Jahr 2017 krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren.*



Hospiz- und Palliativberatung / Berichtspflicht

- Versicherte erhalten einen **Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung** durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Dabei sollen Krankenkassen auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren (§ 39 b SGB V).
Umsetzungstand: Der gesetzliche Auftrag an den GKV-Spitzenverband, das Nähere zu regeln, wurde durch ein Rundschreiben vom 20. Juni 2016 fristgerecht umgesetzt.
- Um mehr Transparenz über die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung herzustellen, erhält der **GKV-Spitzenverband den Auftrag**, regelmäßig über die verschiedenen Versorgungsinstrumente **zu berichten**.



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**