

Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*
zur Erbringung ärztlicher Leistungen in stationären Hospizen

Seit zehn Jahren regelt der § 39a im Sozialgesetzbuch V (SGB V), auf welche Weise und unter welchen Voraussetzungen die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland auch stationäre (seit 1998) und ambulante (seit 2002) Hospizleistungen finanziert. Absatz 1 regelt die Versorgung in stationären Hospizen, Absatz 2 die Förderung ambulanter Hospize. Zur weiteren konkreten Umsetzung des gesetzlichen Anspruchs auf diese Hospizleistungen mussten Rahmenvereinbarungen verabschiedet werden, zu denen es in Bezug auf die stationären Hospize in § 39a Abs.1 SGB V heißt: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1.“ Besagter Satz 1 lautet: „Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.“

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hält die in § 39a Abs.1 Satz 1 SGB V gewählte Formulierung zumindest für missverständlich, da sie den Eindruck erweckt, dass der Zuschuss zu stationärer und teilstationärer Versorgung in Hospizen auch für ärztliche Leistungen (also „palliativ-medizinische Behandlung“ im engeren Sinn) gewährt wird. Dies aber ist nicht der Fall. Die Zuschüsse werden in erster Linie für eine umfassende Palliativpflege gezahlt, die durch ein qualifiziertes Pflegepersonal gewährleistet wird und weitere Kompetenzen (z.B. Sozialarbeit) sowie die Mitarbeit ehrenamtlicher HospizhelferInnen einbezieht. Die in der Regel durch niedergelassene (Haus-)Ärzte erbrachten ärztlichen Leistungen für Bewohner in stationären Hospizen wurden immer schon völlig unabhängig davon erbracht und über die ärztlichen Gebührenordnungen (EBM, GOÄ) abgerechnet. Erwähnt werden soll in diesem Kontext zumindest, dass die zeit- und betreuungsintensive ärztliche Versorgung von stationären Hospizpatienten in den ärztlichen Gebührenordnungen keine adäquate Entsprechung findet und das auch die Budgetierung der Honorierung ärztlicher Leistungen insbesondere für die Ärztinnen und Ärzte ein immer größer werdendes Problem darstellt, die viele (immer zeit- und betreuungsintensive!) Hospizpatienten versorgen.

Mit zunehmender Irritation beobachtet die DGP in letzter Zeit, dass die Kostenträger offenbar vereinzelt dazu übergehen, auch die ärztlichen Leistungen in stationären Hospizen den zuschussfähigen Leistungen nach § 39a Abs.1 SGB V zuzuordnen und damit die bestehende „Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs.1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung“ umgehen, in der klar formuliert ist: „Die ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen.“ (§ 3 Abs.6 der Rahmenvereinbarung)

Diese Argumentation hat jedoch u.a. in Hessen dazu geführt, dass die Kostenträger Einschreibungen von Hospizgästen in Projekte der integrierten Versorgung, die eine bessere (gerade auch ärztliche) Palliativversorgung zum Ziel haben, nicht anerkennen. Die am Vorgehen der Kostenträger von der „LandesArbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen“ (LAPH) inzwischen geäußerte Kritik wird von der DGP uneingeschränkt geteilt. Auch Versicherte in stationären Hospizen müssen im Bedarfsfall bestehende (ärztliche) Angebote im Rahmen der integrierten Versorgung in Anspruch nehmen dürfen – ebenso wie sie in Zukunft auch auf (ärztliche) Angebote im Rahmen der zu etablierenden spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V Anspruch erheben können.

(15.7.2008)