



Christliche Krankenhäuser  
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

# Stellungnahme

des

**Katholischen Krankenhausverbands Deutschlands e. V.  
(KKVD)**

und des

**Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V.  
(DEKV)**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der  
Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland**

**(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)**

**(BT-Drucksache 18/5170)**

**Berlin, 17. September 2015**

## **CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND**

Mit 155.000 Betten, 265.000 Beschäftigten, mehr als 5,3 Mio. stationär und über 8 Mio. ambulant versorgter Patientinnen und Patienten tragen die 640 Krankenhäuser in christlicher Trägerschaft zu einem Drittel der Krankenhausversorgung in Deutschland bei. Jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

Die christlichen Krankenhäuser leisten im Rahmen der Sicherstellung der staatlichen Daseinsvorsorge einen unverzichtbaren Beitrag zur Krankenhausversorgung in Deutschland.

- Sie erfüllen die damit verbundenen Aufgaben gemeinwohlorientiert und gemeinnützig.
- Sie arbeiten effizient und investieren erwirtschaftete Überschüsse vollständig wieder in die Verbesserung der Versorgung.
- Sie erbringen eine hohe Versorgungsqualität, wie veröffentlichte Qualitätsdaten, Qualitätsvergleiche und Patientenbewertungen regelmäßig bestätigen.

Die christlichen Krankenhäuser stehen in Übereinstimmung mit den sie leitenden christlichen Werten für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung.

- Sie verstehen die Behandlung und Versorgung kranker Menschen als personale Interaktion und Beziehungsprozess, der gleichermaßen hohe fachliche wie auch menschliche bzw. Zuwendungskompetenz erfordert.
- Sie erbringen ihre Leistungen ressourcenschonend und wirtschaftlich.
- Sie achten dabei auf gute Arbeitsbedingungen und einen von gegenseitiger Wertschätzung geprägten Umgang miteinander.

## **IHRE ANSPRECHPARTNER**

Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin KKVD  
Pastor Nobert Groß, Verbandsdirektor DEKV

## **FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS**

Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

## I. Zum Gesetzentwurf insgesamt

Die die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD), vertreten durch die beiden christlichen Krankenhausverbände, der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD), unterstützen die Gesetzesinitiative zur gezielten Förderung und Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, insbesondere in den ländlichen Regionen, nachdrücklich. Sie setzt den notwendigen Gegenpol zur aktuellen gesellschaftlichen Debatte um eine gesetzliche Regelung zur Verhinderung gewerblicher und organisierter Sterbehilfe. Die Förderung eines umfassenden Hospizgedankens und die erweiterte Vernetzung stationärer und ambulanter Palliativstrukturen ist die richtige Antwort, um dem schwindenden Vertrauen auf eine letzte Lebensphase in Geborgenheit und der Angst vor einem unwürdigen Sterbeprozess entgegenzuwirken.

Eine den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende Verbesserung der Versorgung und Begleitung kann gelingen, wenn eine Kontinuität in der Versorgung, fachliche Kompetenz, Verlässlichkeit, Verfügbarkeit und Transparenz der Versorgungsstrukturen erreicht wird. Neben einer ausreichenden Zahl qualifizierter und berufserfahrener Pflegekräfte bedarf es dazu auch einer entsprechenden Qualifikation und Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte sowie einer guten Verzahnung mit dem bürgerschaftlichen Engagement der Hospizbewegung. Eine wichtige Rolle im Zusammenspiel des Versorgungsnetzwerkes vor Ort kommt dabei dem Krankenhaus zu.

Der vorliegende Gesetzentwurf fokussiert sehr stark auf die Bereiche der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie dem Ausbau von hospizlichen Versorgungsleistungen im außerklinischen Bereich. Die vor allem in der palliativmedizinischen Versorgung sehr wichtige Nahtstelle zwischen der ambulanten Versorgungssituation der Betroffenen und der Krankenhausversorgung wird jedoch nicht beleuchtet. Von daher werden ein großer Teil der realen palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland und, noch wichtiger: entscheidende Versorgungslücken, in diesem Gesetzentwurf nicht abgebildet.

Rund 47 % aller Menschen in Deutschland sterben in einem Krankenhaus, 2013 waren dies ca. 417.000 Menschen. Nur ein geringer Anteil dieser Patientinnen und Patienten wird – sofern palliativer Versorgungsbedarf besteht – in speziellen palliativen Versorgungsstrukturen, z.B. auf einer Palliativstation, versorgt. Der weitaus größere Teil verstirbt auf Normal- oder Intensivstationen, zum einen weil eine spezielle Versorgung auf einer Palliativstation nicht indiziert ist, zum anderen, weil entsprechende Versorgungsstrukturen in den meisten Kliniken fehlen. Dieser Umstand legt den Krankenhausträgern im Blick auf die Umsetzung angemessener Ver-

sorgungskonzepte eine große Verantwortung auf und erfordert entsprechende Maßnahmen im Rahmen der Krankenhausorganisation.

Die Betreuung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Patientinnen und Patienten ist im Alltag konfessioneller Krankenhäuser besonders stark verankert. **Bundesweit gibt es in ca. 300 Krankenhäusern Palliativstationen. Davon befinden sich rund 48 Prozent in katholischer oder evangelischer Trägerschaft.** Die christlichen Krankenhäuser bilden somit einen festen und verlässlichen Bestandteil in der stationären Palliativversorgung.

Daher begrüßen die beiden christlichen Krankenhausverbände ausdrücklich die neue Regelung, dass die Krankenhäuser nun die Entscheidungshoheit erhalten, Palliativstationen als „Besondere Einrichtungen“ auszuweisen und ihre Finanzierung durch entsprechende krankenhausespezifische Entgelte sicherzustellen. Dafür hatten sich KKVD und DEKV nachdrücklich eingesetzt. Nachfolgend gehen wir im zweiten Teil unserer Stellungnahme, zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs, darauf ein.

Allerdings, wird der Gesetzentwurf seiner erklärten Zielsetzung, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland umfassend zu stärken, nicht gerecht, wenn das Krankenhaus nicht als wichtiger Gestaltungspartner in den Hospiz- und Palliativnetzwerken vor Ort einbezogen wird. - Tatsächlich werden die hier liegenden Chancen geradezu übersehen. Um den Hospizgedanken bzw. die systematische und regelhafte Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen flächendeckend in die allgemeine Krankenhausversorgung zu integrieren, bedarf es noch weiterer gesetzgeberischer Impulse.

Um allen betroffenen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen eine angemessene Sterbebegleitung im Krankenhaus zu ermöglichen und eine flächendeckende, zwischen Krankenhaus und ambulantem Versorgungsbereich gut verzahnte palliativmedizinische Versorgung der Bevölkerung, vor allem auch im ländlichen Bereich, zu gewährleisten, müssen den Krankenhäusern entschlossener als im Gesetzentwurf bisher vorgesehen Möglichkeiten zur Vernetzung mit ambulanten Versorgungsstrukturen eröffnet werden. Deshalb halten die Christlichen Krankenhäuser in Deutschland eine Ergänzung des Gesetzentwurfs um Regelungen, die zu einer spürbaren Verbesserung der allgemeinen palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung sowie der Sterbebegleitung in Krankenhäusern beitragen, für dringend geboten. Im dritten Teil unserer Stellungnahme führen wir konkrete Regelungsvorschläge für darauf ausgerichtete weitere gesetzliche Änderungen an:

Ein Palliativförderprogramm soll den möglichst flächendeckenden Auf- und Ausbau von Palliativdiensten in den Krankenhäusern auch ohne Palliativstationen voran treiben und dazu beitragen, dass Krankenhäuser zu Orten werden, an denen Menschen auch auf Normal- und - Intensivstationen in Würde und in Frieden sterben können. Des Weiteren soll eine präzisieren-

de Ergänzung in § 39 SGB V klarstellen, dass Krankenhausbehandlung die im Einzelfall erforderliche ärztliche, pflegerische und darüber hinaus angezeigte Sterbebegleitung mit einschließt.

Zur Überwindung einer Versorgungslücke im Blick auf Patientinnen und Patienten, die auf Grund ihrer speziellen Symptomatik bzw. ihres speziellen Krankheitsbildes und -verlaufs weder im Rahmen der allgemeinen noch der spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgung angemessen behandelt werden können, die aber auch nicht stationär behandelt werden müssen, schlagen die CKiD vor, Krankenhäuser, die über entsprechende Kompetenzen und Ressourcen verfügen, zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung dieser Patientengruppe zu ermächtigen. Das Nähere sollte in einem neuen Paragraphen 115 d SGB V geregelt werden.

## II. Zu ausgewählten Regelungen im Einzelnen

### Artikel 4: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

#### **Neuregelung zu § 17b Absatz 1 Satz 15 KHG**

*Krankenhäuser mit Palliativstationen oder –einheiten mit mindestens fünf Betten erhalten durch die vorgesehene Regelung die Möglichkeit zukünftig dauerhaft eigenständig zu entscheiden, ob sie die Palliativstationen oder -einheiten über bundesweit kalkulierte Entgelte oder über krankenhausesindividuelle, vor Ort zu vereinbarende Entgelte abrechnen wollen. Bei einer Nichteinigung über die Höhe der krankenhausesindividuellen Entgelte kann wie bisher die Schiedsstelle angerufen werden.*

Die CKiD begrüßen diese Regelung uneingeschränkt. Sie gewährleistet den Krankenhäusern das alleinige Wahlrecht in der Finanzierungsform ihrer jeweiligen Versorgungskonzepte auf den Palliativstationen. Die Anerkennung von Palliativstationen als besondere Einrichtungen wurde in den letzten Jahren durch die Verhandlungspraxis der Krankenkassen vor Ort zusehends erschwert. Bei den Budgetverhandlungen wurden die Kliniken stark unter Druck gesetzt, um diese in die Abrechnung über das Fallpauschalensystem zu drängen. Viele Krankenhäuser bewerten die DRG-Systematik mit ihren bekannten systemimmanenten Anreizen zur Verweildauerverkürzung und Normierung von Behandlungsleistungen in diesem sehr sensiblen und patientenindividuell zu gestaltenden Versorgungsbereich jedoch als deplatziert und versorgungspolitisch nicht zielführend. Dank dieser neuen Regelung werden die in dieser Streitfrage von den Krankenkassen bisher herbeigeführten Schlichtungsverfahren zukünftig unnötig. Den Krankenhäusern wird damit ermöglicht die Versorgungsvielfalt im Rahmen der stationären Palliativmedizin auf den existierenden unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten patientenzentriert zu gestalten.

## III. Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Basierend auf dem beschriebenen Erfahrungshintergrund aus der palliativmedizinischen Versorgungspraxis der christlichen Krankenhäuser ist es dem DEKV und dem KKVD ein großes Anliegen, dass das vorliegende Gesetzesverfahren zu einem möglichst flächendeckenden Auf- und Ausbau von patienten- und angehörigenzentrierten palliativen Versorgungsstrukturen führt. Dazu sollten folgende Änderungsvorschläge für die Krankenhausversorgung Eingang in die Gesetzesformulierung finden:

## 1.) Palliativ-Förderprogramm für den Ausbau von Palliativdiensten im Krankenhaus

Neben allen Erfolgen der Hospiz- und Palliativbewegung ist das Krankenhaus nach wie vor der häufigste Sterbeort der deutschen Bevölkerung. Von rund 893.000 Verstorbenen im Jahr 2013 starben rund 417.000, das heißt nahezu jeder Zweite, im Krankenhaus. Realistisch gesehen wird dies auch in absehbarer Zukunft so bleiben, trotz der Zielsetzung, durch die Stärkung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ein möglichst langes Verbleiben in der eigenen Wohnung oder der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Um schwerkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten im Krankenhaus individuell stützend zu begegnen, bedarf es der Etablierung ganzheitlicher End of Life Care-Konzepte im Klinikalltag und der Integration palliativer Behandlungskonzepte in die Regelversorgung, gerade auch auf Normalstationen, außerhalb spezieller Palliativstationen.

Jeder lebensbedrohlich erkrankte Patient muss bereits in der Phase aktiver, z. B. Tumortherapie die Option einer palliativen Betreuung erhalten. International bewährt haben sich in diesem Zusammenhang **multiprofessionelle Palliativdienste** (auch Palliativ Care Teams genannt). Diese Dienste sind sehr stark in die ambulante Palliativversorgung vernetzt und können Patientinnen und Patienten auch interimsmäßig in die häusliche Versorgung begleiten. Solche Palliativdienste können auch in Krankenhäusern ohne Palliativstation klinikweit und stationsungebunden zum Einsatz kommen. Dadurch wird auf jeder Station eine kompetente palliative Mitbehandlung und Begleitung ermöglicht, die das ganze Spektrum von Schmerztherapie, Symptomkontrolle sowie psycho-sozialer und spiritueller Begleitung abbildet.

Diese Palliativdienste sind ein wichtiger Baustein für den flächendeckenden Ausbau der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung im Krankenhaus. Außerdem können sie ein großes Versorgungsdefizit bei schwerkranken Patientinnen und Patienten ausgleichen, nämlich den Mangel an Zeit für Kommunikation und persönlicher Zuwendung – maßgebliche Inhalte, die es bei der Betreuung Sterbender braucht, die aber im Stationsalltag vieler Kliniken aufgrund der hohen Leistungsverdichtung und knapp bemessener Personalbesetzung nicht der Standard sind.

Um hierfür in jedem Krankenhaus ausreichende palliativmedizinische und –pflegerische Kompetenz, auch unabhängig von speziellen Palliativstationen, aufzubauen, ist eine entsprechende verpflichtende berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals erforderlich, da entsprechende Kompetenzen großenteils noch nicht im Rahmen der Ausbildung erworben wurden. Die dafür erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen sollten über **ein spezifisches Palliativ-Förderprogramm mit bundesweit für die Krankenhäuser zweckgebunden abrufbaren Finanzierungsmitteln** gesetzlich realisiert werden.

## 2. Änderungsvorschläge zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### 1. Nach Nr. 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

‘2a § 39 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Krankenhausbehandlung schließt die im Einzelfall erforderliche ärztliche, pflegerische und darüber hinaus angezeigte Sterbebegleitung mit ein.“

Die bisherigen Sätze 4 und 5 werden zu den Sätzen 5 und 6.

#### Begründung

Ziel des HPG ist die Verbesserung der Sterbebegleitung und palliativen Versorgung in Deutschland allgemein.

Die meisten Menschen sterben nach wie vor und auch in Zukunft im Krankenhaus. Nur ein kleiner Anteil der Patientinnen und Patienten verstirbt auf speziellen Palliativstationen oder –einheiten. Die Mehrzahl verstirbt heute und auch in Zukunft auf Normalstationen oder Intensivstationen, zum einen, weil eine spezielle Versorgung auf einer Palliativstation nicht indiziert ist, zum anderen, weil sie nicht möglich ist. Sterben ist und wird auch in Zukunft immer ein mögliches, normales Ende einer Krankenhausbehandlung darstellen.

Verbesserungen sind nicht zuletzt im Blick auf dieses „normale“ Sterben im Krankenhaus dringend erforderlich. Zum einen müssen Ärzte und Pflegende dazu in der Lage, d. h. entsprechend aus- bzw. fortgebildet sein, sterbende Patientinnen und Patienten angemessen zu versorgen und zu begleiten. Zum anderen müssen die Rahmenbedingungen auf Normal- und Intensivstationen so ausgestaltet sein, dass ein menschenwürdiges Sterben möglich ist und Sterbende die in dieser Situation erforderliche Zuwendung durch ärztliches und pflegerisches sowie weiteres Personal, z. B. Seelsorgerinnen und Seelsorger, ggfs. auch ehrenamtlich, etwa im Rahmen eines ambulanten Hospizdienstes, tätige Personen erhalten.

Die Behandlung bzw. Versorgung Sterbender umfasst grundsätzlich mehr als eine palliative medizinische oder-pflegerische Versorgung und ist damit auch nicht



gleichzusetzen. Insbesondere schließt sie Sterbebegleitung und damit die am Lebensende angemessene personale Zuwendung ein, die z. B. auch soziale, kommunikative, psychische und spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt. Ärztliches und pflegerisches Handeln stößt hier an seine Grenzen und ist normalerweise auf die Unterstützung durch weitere entsprechend kompetente Personen, z. B. Seelsorgerinnen und Seelsorger, angewiesen.

Die Kritik an der Versorgung und Begleitung Sterbender im Krankenhaus richtet sich vor allem gegen die Rahmenbedingungen auf Normal- und Intensivstationen. Auch die in der Bevölkerung weit verbreiteten Befürchtungen im Blick auf die Ermöglichung eines würdigen Sterbens im Krankenhaus speisen sich überwiegend aus Erfahrungen, Erkenntnissen und Vermutungen in Verbindung mit dem erlebten, beobachteten oder berichteten Umgang mit Sterbenden auf Normal- und Intensivstationen. Deshalb sind hier Verbesserungen dringend erforderlich.

Die ausdrückliche Ausweisung der „im Einzelfall erforderliche(n) ärztliche(n), pflegerische(n) und darüber hinaus angezeigte(n) Sterbebegleitung“ als Bestandteil der Krankenhausbehandlung würde dazu beitragen, für entsprechende Ressourcen und Strukturen im Krankenhaus zu sorgen und z. B. geeignete Qualitätskriterien und Leitlinien für die Versorgung Sterbender zu formulieren und umzusetzen. Dadurch würde ein nachhaltiger Beitrag zur Humanisierung der Krankenhausversorgung generell geleistet. Zugleich würde dem ärztlichen und pflegerischen Selbstverständnis Rechnung getragen, das eine entsprechende umfassende Versorgung und Begleitung Sterbender, unterstützt durch bzw. in Kooperation mit weiteren, z. B. therapeutisch, seelsorgerisch oder in anderer Hinsicht kompetenten Personen, immer schon impliziert, diese unter den aktuellen Rahmenbedingungen aber nur selten umsetzen kann. Wenn sich das ändern könnte, würde mit der Zufriedenheit im Blick auf die eigene Berufsausübung auch die Attraktivität des jeweiligen Berufes deutlich gestärkt werden.

Die vorgeschlagene Änderung versteht sich als für den Krankenhausbereich gleichgerichtete Maßnahme wie die bereits im Gesetzentwurf mit Artikel 3 aufgenommene Ergänzung von § 28 des Elften Buches Sozialgesetzbuch um einen neuen Absatz 5, der klarstellt: „Pfleger schließt Sterbebegleitung mit ein.“

2. a) Nach Nr. 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:

‘7a Nach § 115 c wird ein neuer § 115 d eingefügt:

### **„§ 115 d - Ambulante Palliativversorgung durch Krankenhäuser**

(1) <sup>1</sup>Allgemeinkrankenhäuser, die über einen Palliativdienst oder eine räumlich und organisatorisch abgegrenzte Palliativstation oder -einheit verfügen, sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Palliativversorgung von Patientinnen und Patienten zu ermächtigen, die auf Grund einer besonderen körperlichen und psychischen Symptomlast im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nicht angemessen versorgt werden können, aber noch keiner spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bedürfen. <sup>2</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag spätestens bis zum 30. Juni 2016 fest,

1. welche Patientinnen und Patienten der ambulanten Palliativversorgung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen, insbesondere
  - auf Grund spezieller körperlicher und psychischer Symptome, die gleichwohl nicht die Kriterien einer komplexen Problematik für eine SAPV-Verordnung erfüllen, deren Behandlung und Versorgung aber eine besondere fachliche Kompetenz oder spezielle Ressourcen erfordern, die im Regelfall nur in entsprechend ausgestatteten Kliniken zur Verfügung stehen,
  - mit dem Ziel, ein ihrer spezifischen Situation gerecht werdendes Behandlungskonzept zu erstellen,
  - zur Vermeidung eines stationären Aufenthaltes.
2. in welchen Fällen die ambulante Palliativversorgung durch Einrichtungen nach Satz 1 unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann,

(2) <sup>1</sup> Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. <sup>2</sup> Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. <sup>2</sup> Dieser ist spätestens bis zum 31. Dezember 2016 um Positionen zur sachgerechten Vergütung der Leistungen gemäß Absatz 1 zu ergänzen. <sup>3</sup> Bis dahin vereinbaren die Krankenhäuser mit den Krankenkassen vorläufige Vergütungen, die rückwirkend entsprechend den vereinbarten Vergütungen nach Satz 2 ausgeglichen werden. <sup>4</sup> Die Prüfung der Wirt-

schaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.“

b) Nach Nr. 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

‘6a In § 87 Absatz 5 werden nach den Worten „zur Vergütung der Leistungen“ folgende Worte eingefügt:

„der ambulanten Palliativversorgung durch Krankenhäuser nach § 115 d und“

#### Begründung

Zu Buchstabe a)

Ziel des HPG ist insbesondere die Verbesserung der Sterbebegleitung und palliativen Versorgung an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

In der Praxis zeigt sich, dass es immer wieder Patientinnen und Patienten mit einer besonderen körperlichen oder psychischen Symptomlast gibt, die im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nicht angemessen versorgt werden können, aber auch noch keiner spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bedürfen. Diese suchen sowohl aus eigenem Antrieb wie auch auf Veranlassung bzw. Überweisung durch ihren behandelnden Arzt oder Hausarzt Krankenhäuser mit besonderer palliativmedizinischer Kompetenz auf, d.h. insbesondere Krankenhäuser mit einer Palliativstation oder einem Palliativdienst, um sich von den dort tätigen Fachärztinnen bzw. -ärzten ambulant behandeln zu lassen. Im Blick auf seltene oder besonders anspruchsvolle Symptomatiken, Krankheitsbilder und -verläufe ist die entsprechend notwendige palliativmedizinische Expertise und Erfahrung und die zur Behandlung erforderlichen Ressourcen vielfach nur in entsprechenden Kliniken, nicht aber bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vorhanden.

Um hier keine Versorgungslücke entstehen zu lassen, aber auch um stationäre Aufnahmen zu vermeiden, sollen in solchen Fällen Krankenhäuser, die die Vo-

raussetzungen erfüllen, zur ambulanten Behandlung entsprechender Patientinnen und Patienten ermächtigt werden.

Welche Patientinnen und Patienten in Frage kommen, bzw. welche Symptome/Belastungen und Symptom-/Belastungskonstellationen eine ambulante Palliativversorgung durch Krankenhäuser, die die erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen vorhalten, rechtfertigen, ist in dreiseitigen Verträgen durch den Spitzenverband der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu vereinbaren.

Absatz 2 regelt die Vergütung der Leistungen gemäß Absatz 1. Die Vergütung entsprechender Leistungen kann nicht aus den Fallpauschalen für die stationäre Behandlung im Krankenhaus erfolgen, aber auch nicht aus dem Vergütungsvolumen für die vertragsärztliche Versorgung, da es sich um ambulante Leistungen handelt, die keine bisher durch Vertragsärzte erbrachten Leistungen ersetzen. Insofern sind die Leistungen von den Kassen direkt zu vergüten.

Die vorhandenen Positionen der GOÄ bilden die Leistungen gemäß Absatz 1 zurzeit noch nicht ab. Entsprechende Positionen sind deshalb unverzüglich zu definieren. Entsprechende Leistungen können auch von Vertragsärzten erbracht werden, die über entsprechende palliativmedizinische Kompetenz und die zur Behandlung erforderlichen Ressourcen verfügen. Um gleichwohl unverzüglich nach Inkrafttreten des Gesetzes entsprechende Patientinnen und Patienten behandeln zu können, sind mit den Kassen vorläufige Vergütungen zu vereinbaren, die rückwirkend ausgeglichen werden, wenn die endgültigen Vergütungen durch den Bewertungsausschuss festgelegt worden sind.

Was die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen angeht, ist ein Verfahren analog der Regelung in § 115 b Absatz 2 Satz 4 vorgesehen.

Zu Buchstabe b)

Da es sich um ambulante Leistungen handelt, die von Krankenhäusern erbracht werden können, sind wie im Blick auf die Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft an der Vereinbarung der Vergütungen für diese Leistungen zu beteiligen.