

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030/204589-52
Mobil: 0173/9688852
PC-Fax: 0221/9987-1545
E-Mail: anja.radtke@pkv.de
Internet: www.pkv.de

e-mail an: Sozialausschuss (Landtagsverwaltung SH); peter.eichstaedt@t-online.de

Von: Radtke, Anja [<mailto:Anja.Radtke@pkv.de>]

Gesendet: Mittwoch, 15. Juli 2015 17:39

Runder Tisch Hospiz- und Palliativversorgung / Übersicht zur Erstattungssituation von Hospiz- und Palliativleistungen in der PKV

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Eichstädt,
sehr geehrte Frau Tschanter,

mit großem Interesse verfolgen wir die Umsetzung des Beschlusses des Sozialausschusses, einen Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung einzurichten. Parallel dazu befindet sich das Hospiz- und Palliativgesetz auf Bundesebene in der parlamentarischen Beratung. Das Gesetz reguliert zwar unmittelbar nur das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wird aber mittelbar auch Auswirkungen auf die Private Krankenversicherung (PKV) haben. So ist bereits heute klar, dass bei der Finanzierung der ambulanten Hospizdienste sowie der stationären und teilstationären Hospize die PKV den gesetzlichen Finanzierungsmaßstäben entsprechend ihren Anteil an der Finanzierung erhöhen und mehr leisten wird.

Beide Anlässe nehmen wir gern zum Anlass, um Ihnen und den Ausschussmitgliedern eine fachliche Übersicht zu den Leistungsmöglichkeiten der PKV sowie zur Erstattungssituation zu geben (**Anlage**). Die PKV sieht es als ihre originäre Aufgabe, ihren Versicherten im Rahmen der vertraglichen und gesetzlichen Leistungen die notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zur Verfügung zu stellen; das schließt die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen selbstverständlich ein. Daher würden wir uns freuen, wenn Sie uns im Rahmen der Arbeit des Runden Tisches in Schleswig-Holstein einbeziehen würden.

Vielen Dank vorab.
Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Anja Radtke

Referentin
Regierung und Parlament

Erstattungssituation von Hospiz- und Palliativleistungen in der PKV

Die palliative Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie die Betreuung durch Hospizeinrichtungen sind seit vielen Jahren ein Bestandteil der Krankenversorgung. Die PKV versteht es als ihre originäre Aufgabe, ihren Versicherten im Rahmen der vertraglichen und gesetzlichen Regelungen in jedem Lebensalter und jeder Lebenssituation die notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie ggf. begleitende Beratung zur Verfügung zu stellen – die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen schließt dies selbstverständlich ein. Nachfolgend finden Sie einen Überblick über die einzelnen Versorgungsarten sowie zur jeweiligen Erstattungssituation in der PKV:

1) Ambulante Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 SGB V

Die ambulanten Hospizdienste sind seit vielen Jahren Bestandteil der Krankenversorgung in Deutschland. Sie leisten Sterbebegleitung von Patientinnen und Patienten, die keiner Behandlung in einem Krankenhaus oder stationären Hospiz bedürfen. Diese Begleitung wird von Ehrenamtlichen geleistet, die dazu qualifiziert und weitergebildet werden. Unter Berücksichtigung sozialer, ethischer und religiöser Gesichtspunkte und unter Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen sollen die mit dem Krankheitsprozess verbundenen Leiden gelindert und der Patient darin unterstützt werden, die Konfrontation mit dem Sterben zu verarbeiten.

Grundlage für die Förderung der ambulanten Hospizdienste ist § 39a Abs. 2 SGB V. Demnach erhalten Dienste, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, eine Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Da das SGB V nur bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Anwendung findet, war eine Förderung durch die Private Krankenversicherung bisher nicht vorgesehen. Das ist mittlerweile anders, denn die PKV hat sich vertraglich zur Förderung dieser Dienste verpflichtet: Mit einem **Vertrag zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) und den Hospizverbänden auf Bundesebene** wurde nun eine Grundlage geschaffen, die eine Beteiligung der PKV an der Förderung der ambulanten Hospizdienste regelt. Da Beamte und ihre Angehörigen einen Großteil der Privatversicherten stellen, haben sie nicht nur einen Leistungsanspruch gegen ihre Krankenversicherung, sondern auch gegen die Beihilfestellen. Die vertraglichen Regelungen zwischen der Beihilfe und dem Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) werden voraussichtlich ab 2016 greifen – bis dahin springt die PKV für die Beihilfe ein.

Die Erstattung durch die PKV im Detail: Die Mittel können beim PKV-Verband beantragt werden. Voraussetzung ist, dass die ambulanten Hospizdienste eine Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen erhalten und im Jahr vor der Antragstellung mindestens einen

Privatversicherten begleitet haben. Liegt beides vor, erhalten sie durch den PKV-Verband 10 Prozent des Gesamtförderbetrags. Der Förderanteil der GKV beläuft sich dann auf die weiteren 90 Prozent. Ein Antrag an den PKV-Verband kann erstmals 2015 gestellt werden. Der Vertrag tritt rückwirkend zum 1. Januar 2014 in Kraft, sodass die im letzten Jahr für die PKV-Versicherten erbrachten Sterbebegleitungen in diesem Jahr erstmals Berücksichtigung finden. Voraussichtlich ab dem Förderjahr 2016 ist die Beihilfe durch einen für alle Beihilfestellen beitragsfähigen Vertrag der Beihilfe des Bundesinnenministeriums an der Finanzierung beteiligt. Dann werden von den 10 Prozent der durch den PKV-Verband getragenen Förderung die seitens der Beihilfestellen geleisteten Beiträge abgezogen.

Die neue vertragliche Regelung zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit war übrigens der Anlass, dass der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) im Februar dieses Jahres dem PKV-Verband den Ehrenpreis für sein Engagement für die Verbesserung der Rahmenbedingungen in der ambulanten Hospizarbeit verlieh.

2) Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Seit dem 1. Januar 2013 können Vertragsärzte der hausärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gesonderte Gebührenpositionen für die „Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)“ abrechnen. Diese Abrechnung nach EBM-Ziffern besteht für Fachärzte nicht.

Anders in der PKV: Alle Leistungen, die Inhalt der AAPV sind, können schon immer nach der Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**) direkt oder ggf. analog abgerechnet werden. Die **Erstattung ist dabei nicht an die Erbringung durch Hausärzte gebunden**. Auch die **Frage nach einer Budgetierung stellt sich in der PKV nicht**.

3) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach §§ 37b und 132d SGB V

Bei der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) handelt es sich um Komplexleistungen eines Palliativ Care Teams, die in Kooperation von Pflege, Ärzten und ggf. weiteren Leistungserbringern erbracht werden. Mit dieser speziellen Versorgung soll auch solchen Patienten eine Behandlung zu Hause ermöglicht werden, die in einer besonders schwerwiegenden Erkrankungssituation sind.

Auch wenn die SAPV als Komplexleistung erst in den letzten Jahren als solche etabliert worden ist und sie daher in älteren Tarifen der PKV nicht ausdrücklich angesprochen wird, sind palliativmedizinische ärztliche Maßnahmen von jeher ohne Weiteres als medizinisch notwendige Leistungen vom Versicherungsschutz der PKV umfasst. Erst in den neuen Tarifen der PKV kann die SAPV ausdrücklich als Vertragsleistung angesprochen werden.

Die PKV-Unternehmen erstatten aber – unabhängig von der Vertragssituation – regelmäßig diese Versorgungsform für ihre Versicherten. Zur Untermauerung dieser Leistungspraxis und zur Auslegung des Leistungsrechts wurde eine Rechtsexpertise seitens des Verbandes verfasst, die auch dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt wurde. Die Rechtsexpertise kommt zu dem Ergebnis, dass die **SAPV immer Gegenstand des Versicherungsschutzes ist, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen**. Zu diesen gehört:

- die wesentliche Beteiligung eines Arztes,
- eine Verordnung durch den Arzt,
- die Erbringung der Leistungen nach dem Standard der Richtlinien des G-BA zur SAPV,
- die medizinische Notwendigkeit des Einzelfalls sowie
- keine Doppelabrechnung der ärztlichen Leistung gesondert nach der GOÄ.

Diese Voraussetzungen gelten im Übrigen in vergleichbarer Form auch für die Abrechnung der SAPV in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

4) Stationäre und teilstationäre Versorgung in Hospizen nach § 39a Abs. 1 SGB V

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen und deren Versorgung nicht im eigenen Haushalt oder im Haushalt der Familie erbracht werden kann, haben seit 1997 Anspruch auf einen Zuschuss zu ihrer stationären/teilstationären Versorgung in einem Hospiz. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen unter Berücksichtigung des Finanzierungsanteils der Pflegeversicherung heute 90 Prozent (bzw. bei Kinderhospizen 95 Prozent) der zuschussfähigen Kosten eines Hospizes. Der Zuschuss beträgt aktuell mindestens 198,45 Euro pro Tag. Die restlichen 10 Prozent werden durch das Hospiz bzw. den Träger insbesondere durch Spenden erbracht. Diese finanzielle Ausstattung der Hospize ist auch Gegenstand der aktuellen Gesetzgebung: Derzeit ist vorgesehen, den Tagessatz je betreutem Versicherten anzupassen und den Kostenanteil der Krankenkassen auf 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten zu erhöhen.

In stationären/teilstationären Hospizen werden auch Versicherte der PKV versorgt. Dementsprechend wird der Zuschuss für diese Hospize sowie der tägliche Mindestsatz für den notwendigen Aufenthalt auf freiwilliger Basis auch von den PKV-Unternehmen getragen. Nach Auskunft des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes sind grundsätzlich **keine Probleme mit der Erstattung von Leistungen der stationären/teilstationären Hospize bekannt**.

5) Palliativmedizin bei stationärer Krankenhausbehandlung

Da die allgemeinen Krankenhausleistungen einheitlich für GKV und PKV gelten, wird die palliativmedizinische **Behandlung von GKV und PKV gleichermaßen erstattet**: Die Besonderheiten der Palliativbetreuung werden dabei in der Form berücksichtigt, dass hier ein

eigener Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kode) eingeführt wurde. Dabei kann in zwei Varianten nach dem Umfang der Leistung und daneben nach Zeitdauer der Leistung während des stationären Aufenthalts dokumentiert werden. Mit den OPS-Kodes werden im DRG-System die Zusatzentgelte ZE 60 für die Palliativmedizinische Komplexbehandlung und ZE 145 für die Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung ausgelöst.

6) Beratung der Versicherten zu Hospiz- und Palliativleistungen durch COMPASS

Für Versicherte der PKV und deren Angehörige ist die **Hospiz- und Palliativversorgung Gegenstand der Pflegeberatung durch COMPASS**. Dazu gehört die individuelle Beratung der Versicherten sowie Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung einschließlich eines Überblicks über die regional verfügbaren Anbieter und Ansprechpartner. COMPASS gewährleistet, dass alle Versicherten ausreichend Informationen über die Hilfen und Versorgungsangebote erhalten, die sie für ihre letzte Lebensphase wünschen und benötigen. Ein solcher Anspruch soll im Übrigen mit dem aktuell im parlamentarischen Verfahren befindlichen Hospiz- und Palliativgesetz auch für GKV-Versicherte geschaffen werden.