



Kleine Anfrage

des Abgeordneten Dr. Heiner Garg (FDP)

und

Antwort

der Landesregierung – Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Unterbringung im Hospiz und Begutachtung durch den MDK

1. Unter welchen Voraussetzungen muss bei einer stationären Unterbringung in einem Hospiz der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eingeschaltet werden (Bitte die Voraussetzungen einzeln benennen)?

Die Einzelheiten zu Art und Umfang der stationären Hospizversorgung sind in der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Satz 4 SGB V vom 13.03.1998 in der Fassung vom 09.02.1999 geregelt.

§ 2 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung regelt die Grundvoraussetzungen für die Aufnahme. Nach § 2 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung ist der MDK einzuschalten, sofern in Einzelfällen Patientinnen bzw. Patienten aus einem Pflegeheim in ein Hospiz verlegt werden sollen.

Grundsätzlich ist in jedem Fall nach § 2 Abs. 3 die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung durch einen Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu bestätigen. Das Prüfungsrecht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nach § 275 SGB V bleibt dabei unberührt. Neben den medizinischen Voraussetzungen ist die Versorgungssituation (§ 2 Abs. 1 Satz 3) zu ermitteln. Hierfür wird ein zwischen den Krankenkassen und den Hospizen abgestimmter Fragebogen verwendet. Reichen die Angaben nach Auffassung der Kasse für eine Entscheidung nicht aus, schaltet diese den MDK zur Prüfung ein.

2. In welcher Form (z.B. durch Rahmenverträge) ist die Einschaltung des MDK und dessen Prüfungsumfang geregelt?

Die Einbindung des MDK ist in der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. und den Bundesverbänden der Wohlfahrtspflege geschlossenen Rahmenvereinbarung nach § 39 a Satz 4 SGB V geregelt. Für die Begutachtung und Beratung durch den MDK gilt § 275 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Beide Regelungen gelten bundeseinheitlich.

3. Ist die Prüfung durch den MDK sowie dessen Prüfungsumfang bundeseinheitlich geregelt?
- Wenn ja, wo sind die einzelnen Voraussetzungen geregelt?
 - Wenn es keine bundeseinheitliche Regelung geben sollte: Wie und in welchem Umfang wird die Einschaltung des MDK in den anderen Bundesländern geregelt (z.B. durch Rahmenverträge)?

(Bitte die jeweiligen Regelungen nebst Prüfungsumfang auflisten).

Ja, siehe Antwort zu Frage 2.

4. Ist es zutreffend, dass Voraussetzung für die Aufnahme in eine stationäre Hospizeinrichtung eine sehr begrenzte Lebenserwartung der Patienten von Tagen oder wenigen Wochen ist?

Nach § 2 Abs. 1 Buchstabe c der Rahmenvereinbarung ist eine der Grundvoraussetzungen für die Aufnahme in eine stationäre Hospizeinrichtung, „dass der Patient an einer Erkrankung leidet, die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.“

5. Ist es zutreffend, dass die Dauer von Entscheidungsprozessen beim Kostenträger gerade im Hinblick auf die begrenzte Lebenserwartung der Patienten von besonderer Relevanz ist?

Ja.

- a. Welche Möglichkeiten gibt es, die Aufnahme eines Patienten durch das Hospiz möglichst unbürokratisch und kurzfristig zu ermöglichen?

Nach den Erfahrungen des Hospiz- und Palliativverbandes Schleswig-Holstein e. V. (HPVSH) sind kurzfristige Entscheidungen insbesondere dann problemlos möglich, wenn die Antragsformulare und der Fragebogen zur Versorgungssituation von darin erfahrenen bzw. geschulten Sozialarbeitern, Ärzten und Pflegekräften vorbereitet bzw. ausgefüllt werden.

- b. Wie hoch ist die durchschnittliche Bearbeitungsdauer eines Antrages durch den Kostenträger in Schleswig-Holstein?

Nach Auskunft der Kassen werden Hospizanträge vorrangig bearbeitet

mit einer Bearbeitungsdauer von 24 bis 72 Stunden.

6. Inwieweit ist es aus Sicht der Landesregierung notwendig, die Zuständigkeiten von Entscheidungsträgern (Arzt/Ärztin und/oder Kostenträger) für die Überweisung eines Patienten in ein Hospiz gesetzlich zu regeln und klarer abzugrenzen?

Nach Auffassung der Landesregierung sind die in der Rahmenvereinbarung festgelegten Entscheidungswege ausreichend und klar.

7. Wie ist die Zusammenarbeit von Palliativstationen mit den stationären Hospizen in Schleswig-Holstein geregelt?

Regelungen für die Zusammenarbeit zwischen Palliativstationen und stationären Hospizen gibt es in Schleswig-Holstein nicht.

Falls es keine Regelungen gibt: Wäre eine solche Regelung aus Sicht der Landesregierung sinnvoll und wie sollte diese aussehen?

Einer der Schwerpunkte des Rahmenkonzeptes von Landesregierung und Fraktionen im Schleswig-Holsteinischen Landtag zur Weiterentwicklung der Palliativmedizin und Hospizversorgung in Schleswig-Holstein ist die Vernetzung der verschiedenen Angebote und Strukturen. Welche Maßnahmen hierfür förderlich sein können, wird auch Gegenstand der Erörterungen im vom Gesundheitsministerium eingerichteten Arbeitskreis „Palliativmedizin und Hospizversorgung“ sein.

In der Praxis besteht nach Auskunft des HPVSH in der Regel ein guter Kontakt zwischen den Einrichtungen vor Ort. Nach Auffassung des HPVSH ist eine „Regelung“ der Zusammenarbeit nicht notwendig.

8. Wie, in welchem Umfang und nach welchen Kriterien werden die Leistungen in stationären Hospizen vergütet?
- Ist diese Vergütung landesweit einheitlich geregelt?
 - Wenn ja, wo ist die Vergütung geregelt?
 - Wenn nein, warum nicht?

Die Vergütungsgrundsätze sind in § 7 der Rahmenvereinbarung bundeseinheitlich geregelt.

Nach § 7 Absatz 1 wird zwischen den Verbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und den Hospizen bzw. deren Trägern ein tagesbezogener Bedarfssatz schriftlich vereinbart. Gemäß § 7 Abs. 2 deckt der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Patienten alle Leistungen des Hospizes, wie sie im Rahmenvertrag beschrieben worden sind, bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung ab. Dies schließt auch die Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die durch öffentliche Förderung nicht gedeckten Investitionskosten ein.

Nicht in die Kalkulation des Bedarfssatzes gehen die Leistungen der notwendigen medizinisch-palliativen ärztlichen Behandlung und Versorgung der Patienten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln ein. Diese werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V - neben dem Bedarfssatz – übernommen.

Unter Beachtung dieser Grundsätze bestehen in Schleswig-Holstein Vergütungsvereinbarungen mit den einzelnen stationären Hospizen bzw. mit deren Trägern. Da für jedes Hospiz der Bedarfssatz anhand der jeweiligen Personal-, Sach- und Investitionskosten der Einrichtung ermittelt wird, ist die Vergütungshöhe für die einzelnen Hospize in Schleswig-Holstein unterschiedlich.

9. Welche Leistungen sind nach § 39a SGB V zuschussfähig?
Inwieweit und in welchem Umfang ist die Leistung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer hierbei anrechenbar?

Nach § 7 Abs. 6 der Rahmenvereinbarung sind zuschussfähig im Sinne des § 39a SGB V 90 v. H. des vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes.

Ehrenamtliches Engagement ist elementarer Bestandteil hospizlicher Arbeit. Nach § 1 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung ist in stationären Hospizen „ein bedeutender Anteil der Kosten durch Eigenleistung des Versicherten, Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufzubringen.“ Regelungen zur Anrechenbarkeit der Leistung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer enthält die Rahmenvereinbarung nicht.

10. Wie hoch sind die durchschnittlichen Kosten pro Patientin/Patient und Tag in Schleswig-Holstein für die
- a. ambulante palliativmedizinische Versorgung?

Nach Auskunft der Kassen sind die durchschnittlichen Kosten für die ambulante palliativmedizinische Versorgung nicht bekannt.

- b. teilstationäre Unterbringung auf Palliativstationen?

Eine teilstationäre Unterbringung auf Palliativstationen ist derzeit nicht vorgesehen.

- c. ambulanten Hospizangebote?

Ambulante Hospizdienste und –gruppen arbeiten für Patienten und Angehörige grundsätzlich kostenfrei.

- d. stationären Hospizangebote?

Durchschnittliche Höhe des zwischen Kassen und Hospizen vereinbarten täglichen Bedarfssatzes in den Pflegestufen:

Pflegestufe 0 - 213,22 €

Pflegestufe I	-	223,77 €
Pflegestufe II	-	234,32 €
Pflegestufe III	-	244,87 €