



Ausarbeitung

Stationäre und ambulante Hospizleistungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung – Rechtshistorische Entwicklung und aktueller Stand



Inhaltsverzeichnis

- Zusammenfassung -	7
1 Einleitung	17
2 Stationäre Hospizleistungen (§ 39a Abs. 1 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. März 1998, in der Fassung vom 14. April 2010)	17
2.1 Ziel der stationären Hospizarbeit	17
2.2 Normgeschichte des § 39a Abs. 1 SGB V	18
2.2.1 Einfügung des § 39a in das Leistungsrecht des SGB V durch das 2.GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 mit Wirkung vom 1. Januar 1997	18
2.2.2 Änderungen durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 mit Wirkung vom 1. Januar 2002	18
2.2.3 Änderungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 mit Wirkung vom 1. April 2007 und 1. Juli 2008	19
2.2.4 Änderungen durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 mit Wirkung vom 23. Juli 2009	19
2.3 Die derzeit geltende Fassung des § 39a Abs. 1 SGB V im Wortlaut	20
2.4 Normzweck des § 39a Abs. 1 SGB V	20
2.4.1 Humanitäre Zielsetzung	20
2.4.2 Individueller Rechtsanspruch	21
2.4.3 Vermeidung von Fehlbelegungen	21
2.5 Voraussetzungen des Anspruchs auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Hospizversorgung (§ 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. März 1998, i.d.F. vom 14. April 2010)	22
2.5.1 Die gesetzlichen Voraussetzungen des Anspruchs auf einen Zuschuss gem. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V und deren Konkretisierung durch die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. Dezember 1998, i.d.F. vom 14. April 2010)	22
2.5.2 Stationäre oder teilstationäre Unterbringung in einem Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird	24
2.5.2.1 Begriff des Hospizes im Sinne des § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V	24
2.5.2.2 Erbringung palliativ-medizinischer Behandlung	25
2.5.3 Erforderlichkeit einer stationären oder teilstationären Hospizversorgung	26
2.5.4 Ausschluss des Anspruchs auf einen Zuschuss bei Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V	28
2.5.5 Nichterbringbarkeit einer ambulanten Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten	29

2.6	Anspruch der Versicherten auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Hospizversorgung bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen (§ 39a Abs. 1 Satz 1 bis 3 SGB V)	30
2.6.1	Anspruch auf einen Zuschuss in Form einer Geldleistung (§ 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V)	30
2.6.2	Höhe des Zuschusses (§ 39a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V)	31
2.6.2.1	Finanzierung der stationären und teilstationären Versorgung in Erwachsenenospizen	31
2.6.2.2	Sonderregelung für die Finanzierung von Kinderospizen	34
2.7	Vereinbarungen über Art um Umfang der stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen (§ 39a Abs. 1 Satz 4 bis 9 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998 in der Fassung vom 14. April 2010)	36
2.7.1	Allgemeines zur Bedeutung des § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V und zu der auf dieser Rechtsgrundlage abgeschlossenen Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998 i.d.F. vom 14. April 2010	36
2.7.1.1	Funktion des § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V	36
2.7.1.2	Rechnatur des Rahmenvertrages nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V	38
2.7.1.3	Vertragsparteien und Beteiligte der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V	39
2.7.1.4	Die auf der Grundlage des § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V abgeschlossene Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998 in der Fassung vom 14. April 2010	39
2.7.2	Beachtung der besonderen Belange der Versorgung in Kinderospizen (§ 39a Abs. 1 Satz 5 SGB V)	40
2.7.3	Schiedsverfahren (§ 39a Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V)	41
3	Förderung ambulanter Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010)	42
3.1	Ziel der ambulanten Hospizarbeit	42
3.2	Normgeschichte des § 39a Abs. 2 SGB V	43
3.2.1	Einführung einer Pflicht der Krankenkassen zur Förderung ambulanter Hospizdienste durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 mit Wirkung vom 01. Januar 2002	43
3.2.2	Änderungen des § 39a Abs. 2 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 mit Wirkung vom 1. April 2007 und 1. Juli 2008	45
3.2.3	Änderungen des § 39a Abs. 2 SGB V durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 mit Wirkung vom 23. Juli 2009	46
3.3	Die derzeit geltende Fassung des § 39a Abs. 2 SGB V im Wortlaut	47
3.4	Normzweck des § 39a Abs. 2 SGB V	48
3.5	Voraussetzungen der Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen (§ 39a Abs. 2 Satz 1 bis 3 i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V vom 3. September 2002, in der Fassung vom 14. April 2010)	50

3.5.1	Allgemeine Anforderungen an die ambulanten Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 Satz 1 i.V.m. der Rahmenvereinbarung)	50
3.5.1.1	Begriff des ambulanten Hospizdienstes im Sinne des § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V	51
3.5.1.2	Personenkreis der betroffenen Versicherten	51
3.5.1.3	Erbringung qualifizierter ehrenamtlicher Sterbebegleitung	52
3.5.1.4	Orte der Leistungserbringung	53
3.5.2	Organisatorische und qualitative Anforderungen an die ambulanten Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 Satz 2 bis 3 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002)	54
3.6	Anspruch ambulanter Hospizdienste auf Förderung in Form eines Zuschusses zu den Personalkosten bei Vorliegen der gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen (§ 39a Abs. 2 Satz 4 bis 6 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010)	55
3.6.1	Förderungspflicht der Krankenkassen (§ 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V)	55
3.6.2	Anspruch ambulanter Hospizdienste auf einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten (§ 39a Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V)	56
3.6.3	Gesetzliche Festlegungen zur Höhe des Zuschusses (§ 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V)	58
3.6.3.1	Rechtslage bis zum 22. Juli 2009	58
3.6.3.2	Rechtslage seit dem 23. Juli 2009	59
3.7	Konkretisierende Vereinbarungen zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit (§ 39a Abs. 2 Satz 7 - 8 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 i.d.F. vom 14. April 2010)	60
3.7.1	Konkretisierungsauftrag an die Spitzenorganisationen (§ 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V)	60
3.7.2	Die auf der Grundlage des § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V abgeschlossene Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 i.d.F. vom 14. April 2010	60
3.7.3	Inhalt der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010	61
3.7.3.1	Ziele der Förderung (§ 1 RV-2)	61
3.7.3.2	Grundsätze der Förderung (§ 2 RV-2)	61
3.7.3.3	Inhalt und Umfang ambulanter Hospizarbeit (§ 3 RV-2)	62
3.7.3.4	Qualität der ambulanten Hospizarbeit (§ 4 RV-2)	63
3.7.3.5	Personelle Mindestvoraussetzungen (§ 5 RV-2)	63
3.7.3.6	Inhalt, Dauer und Verfahren der Förderung (§ 6 RV-2)	64
3.7.3.7	Durchführung und Vergabe der Förderung (§ 7 RV-2)	65
3.7.4	Berücksichtigung der besonderen Belange der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V)	65
4	Literaturverzeichnis	67

5	Anlagenverzeichnis	68
5.1	Die derzeit maßgeblichen gesetzlichen und vertraglichen Rechtsgrundlagen im Wortlaut	68
5.1.1	Auszüge aus dem Vierten, Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV, V und XI)	68
5.1.2	Die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, i.d.F. vom 14. April 2010	69
5.1.3	Die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002, i.d.F. vom 14. April 2010	69
5.2	Der Zwischenbericht der Enqueté-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit vom 22. Juni 2005	70

- Zusammenfassung -

In Deutschland gibt es seit etwa Anfang der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts eine wachsende Hospizbewegung, deren Anliegen es ist, unheilbar Kranken in ihrer letzten Lebensphase ein menschenwürdiges und selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Es ist daher zu begrüßen, wenn der Hospizgedanke auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft Verbreitung und Einfluss gewinnt. Es besteht eine Chance, durch ambulante Hospiztätigkeit langfristig einen Bewusstseinswandel herbeizuführen, der jedem Einzelnen wieder den Zugang zu bislang verschütteten Fähigkeiten einer selbstverständlichen Sterbebegleitung gerade im häuslichen Bereich erlaubt. Daneben sind aber in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig.

Stationäre Hospizleistungen (§ 39a Abs. 1 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. März 1998 in der Fassung vom 14. April 2010)

Stationäre Hospize wurden schon in der Vergangenheit durch die Krankenkassen, die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe sowie durch Spenden und Eigenleistungen finanziert. Umstritten war dabei insbesondere die Finanzierung durch die Krankenkassen, die auf freiwilliger Grundlage Hospize durch Zuschüsse unterstützten. Vor diesem Hintergrund wurde durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 die Bestimmung des § 39a in das Leistungsrecht des SGB V eingefügt und rückwirkend zum 1. Januar 1997 in Kraft gesetzt, um unheilbar Kranken, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, ambulant aber nicht ausreichend versorgt werden können, durch die Zahlung eines Zuschusses zu den Kosten, die bei stationärer oder teilstationärer Aufnahme in bestimmten Hospizen entstehen, in ihrer letzten Lebensphase ein menschenwürdiges Leben bis zu ihrem Tode zu ermöglichen. Es gehört zum Wesen hospizmäßiger Versorgung, dass sie den menschlichen Bedürfnissen von schwerkranken Patienten, deren Krankheit nicht geheilt oder gebessert werden kann, in der Regel besser Rechnung zu tragen vermögen als Krankenhäuser, in denen die Erbringung medizinischer Leistungen mit kurativer Zielsetzung im Vordergrund steht.

Durch die Vorschrift des § 39a SGB V, dessen Wortlaut durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 mit Wirkung vom 1. Januar 2002 zum Absatz 1 des § 39a SGB V gemacht wurde, hat der Gesetzgeber des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes – anders als etwa bei der stationären Behandlung im Krankenhaus gem. § 39 SGB V – allerdings keinen Anspruch des gesetzlich Krankenversicherten auf stationäre oder teilstationäre Versorgung im Hospiz als Sach- oder Naturalleistung geschaffen. Vielmehr begründet § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen lediglich einen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten auf einen Zuschuss zu den erforderlichen finanziellen Leistungen im Rahmen der Hospiztätigkeit in Form einer Geldleistung. Der Zuschuss bezieht sich dabei nur auf die vom Hospiz zu erbringenden Leistungen. Die ärztliche Behandlung sowie die zu erbringende Versorgung mit Heil-, Hilfs-, Arznei- und Verbandmitteln bleibt davon unberührt und wird dementsprechend nach den allgemeinen Grundsätzen als Sachleistung erbracht. § 39a Abs. 1 SGB V gewährt also – wie bereits aus dem Begriff des Zuschusses folgt – einen Finanzierungsbeitrag, der nicht die volle Höhe der entstehenden Kosten erreicht. Dies war vom Gesetzgeber des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes ausweislich der Gesetzesbegründung auch ausdrücklich so gewollt, der statt auf eine Vollfinanzierung der stationären Hospize seitens der Krankenkassen neben einer Tragung der Kosten durch die Pflegeversicherung sowie durch Spenden und durch vielfältiges ehrenamtliches Engagement – jedenfalls zunächst – auch auf die Eigenleistung des Versicherten setzte.

Die gesetzlichen Voraussetzungen unter denen die Krankenkassen einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen zahlen, sind in § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V geregelt. Nach dieser Bestimmung, die seit ihrem Inkrafttreten am 1. Januar 1997 sachlich unverändert geblieben ist, haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, 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. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V gewährt auch bei Vorliegen der gesetzlich normierten Voraussetzungen einen Zuschuss damit ausdrücklich nur „im Rahmen der Verträge nach Satz 4“, durch die „das Nähere über Art und Umfang der Versorgung“ bestimmt werden soll. Die Formulierung „im Rahmen“, in § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V ist hier nicht nur dahin zu verstehen, dass ein dem Grunde nach bestehender Zuschussanspruch inhaltlich näher bestimmt werden kann. Diese Regelung bedeutet vielmehr zugleich, dass die Vertragspartner, d.h. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, die personellen und institutionellen Voraussetzungen der Zuschusszahlung konkretisieren, d.h. Näheres darüber festlegen können, in welchen Fällen (Krankheitsbild, Krankheitsphase) und in welchen Einrichtungen die (teil-)stationäre Versorgung einen Zuschussanspruch auslöst. Da der Gesetzgeber die wesentlichen Anspruchsvoraussetzungen für den Zuschuss durch Satz 1 selbst festgelegt hat, bestehen nach Auffassung des Bundessozialgerichts aber keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken dagegen, das in Satz 4 die nähere Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen auf die Spitzenorganisationen von Krankenkassen und Hospizen übertragen wurde.

Noch auf der gesetzlichen Grundlage des § 39a Satz 4 SGB V i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 haben die (damaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen am 13. März 1998 eine „Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherstellung der Qualität der stationären Hospizversorgung“ abgeschlossen, die zum 1. Mai 1998 in Kraft getreten ist und i.d.F. vom 9. Februar 1999 zunächst unverändert bis zum 22. Juli 2009 galt. Mit Wirkung vom 23. Juli 2009 ist diese Vereinbarung durch die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossene „Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung“ vom 13. März 1998, in der Fassung vom 14. April 2010 abgelöst worden (vgl. § 8 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung neuer Fassung). Diese Rahmenvereinbarung beinhaltet neben einer Zielsetzung und Begriffsdefinition stationärer Hospize unter anderem Bestimmungen über den anspruchsberechtigten Personenkreis sowie über die Notwendigkeit und den Umfang einer Verordnung des Hospizaufenthalts. Eingrenzungen ergeben sich z.B. daraus, dass die stationäre Aufnahme vom Vorliegen bestimmter Krankheitsbilder abhängig gemacht wird. Von Bedeutung ist ferner, dass Festlegungen hinsichtlich der noch zu erwartenden Lebensdauer getroffen werden.

Die Voraussetzungen für den Anspruch eines Versicherten auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen stellen sich nach § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. der vorgenannten Rahmenvereinbarung vom 23. März 1998, i.d.F. vom 14. April 2010 (im Folgenden: RV-1) grob skizziert wie folgt dar:

Institutionelle Voraussetzung für den Anspruch auf einen Zuschuss ist, dass die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz stattfindet, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird. Unter einem Hospiz ist entsprechend der Zielsetzung des § 39a Abs. 1 SGB V eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung zu verstehen, in der unheilbar Kranke in der letzten Lebensphase im Sinne einer Sterbebegleitung palliativ-medizinisch versorgt werden. Voraussetzung ist daher, dass neben Unterkunft und Verpflegung auch Pflege sowie geistig-seelische Sterbebegleitung vorgesehen sind. In § 1 RV-1 werden stationäre Hospize konkretisierend als baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit eigenständigem Versorgungsauftrag beschrieben, in denen Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung erhalten. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker sterbender Menschen auszurichten ist. Stationäre Kinderhospize sind aufgrund ihres speziellen Aufgabengebiets selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Palliativ wird eine Behandlung genannt, die nicht die Ursachen, sondern lediglich die Symptome einer Krankheit angeht und daher nur auf Linderung der Krankheitsbeschwerden im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausgerichtet ist, also auf Milderung der Krankheitsauswirkungen, z.B. durch Medikamente, die Schmerzen lindern oder Atemnot beheben. Neben der palliativen Ausrichtung der Behandlung verlangt § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V ferner, dass es sich um eine medizinische handelt. Daraus ist zu folgern, dass die Behandlung von Ärzten geleitet und verantwortet wird.

Obwohl Leistungen der palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung in einem Hospiz nicht in den Katalog der Leistungen der Krankenbehandlung des § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V aufgenommen worden sind, setzt der Anspruch auf einen Zuschuss gem. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V weiterhin das Vorliegen einer Krankheit und die Notwendigkeit voraus, eines der Behandlungsziele des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu verfolgen. Palliativ-medizinische Maßnahmen dienen der Linderung von Krankheitsbeschwerden im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V und sind damit Krankenbehandlung im Sinne der genannten Vorschrift. Inhalt und Notwendigkeit der Hospizversorgung stehen in einer Wechselbeziehung zu Bild, Stadium und Verlaufsprognose der Krankheit. Nach § 2 Abs. 1 RV-1 ist Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz und damit für einen Anspruch auf einen Zuschuss gem. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V unter anderem, dass die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – erwarten lässt. Eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung in einem stationären Hospiz kommt nach § 2 Abs. 2 Satz 1 RV-1 insbesondere bei Krebserkrankungen, dem Vollbild der Infektionskrankheit AIDS, Erkrankungen des Nervensystems und chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen in Betracht. Über diese Krankheitsbilder hinaus ist die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung von Kindern in Kinderhospizen gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 RV-2 zusätzlich auch dann begründet, wenn bei ihnen Stoffwechselerkrankungen, die schon im Kindes- oder Jugendalter in der Regel zum Tode führen oder genetisch bedingte Erkrankungen, Immunerkrankungen und Fehlbildungen mit lebensverkürzender Prognose diagnostiziert werden.

Als negative Anspruchsvoraussetzung verlangt § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V, dass die Versicherten keiner Krankenhausbehandlung bedürfen. Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Erforder-

lichkeit einer Krankenhausbehandlung, wie sie § 39 SGB V vorschreibt, dürfen in der Person des Versicherten also nicht (mehr) vorliegen. Die Versorgung im Krankenhaus ist mithin vorrangig. Maßgebend für die Abgrenzung des Leistungsbereichs der Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V von der stationären oder teilstationären Hospizversorgung gem. § 39a Abs. 1 SGB V sind die in § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V aufgeführten Behandlungsziele: wenn diese nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses erreicht werden können, erfolgt die Behandlung im Krankenhaus und wird in diesem Rahmen auch die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung erbracht. Besteht das Behandlungsziel lediglich in der Linderung der Krankheitsbeschwerden, so ist eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 39 SGB V nur erforderlich, wenn auch die Linderung nur mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses erfolgen kann.

Korrespondierend mit dem gesellschaftspolitischen Ziel des Gesetzgebers, die Sterbebegleitung im häuslichen Bereich zu fördern, macht § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V die Gewährung eines Zuschusses zur stationären Versorgung schließlich davon abhängig, dass die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die den Zuschuss begründende Inanspruchnahme stationärer Hospizversorgung ist mithin gegenüber der Sterbebegleitung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten, die unter anderem durch ambulante vertragsärztliche Behandlung (insbesondere palliativ-medizinischer Art), spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V), häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) sowie ambulante Hospiztätigkeit (§ 39a Abs. 2 SGB V) unterstützt wird, nachrangig. Die dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung tragende Nachrangigkeit der stationären oder teilstationären Hospizversorgung folgt inhaltlich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V. Wie bei der Krankenhausbehandlung kann davon ausgegangen werden, dass eine stationäre Unterbringung regelmäßig die höchsten Kosten verursacht.

Bei Vorliegen der vorgenannten Anspruchsvoraussetzungen haben Versicherte gem. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Hospizversorgung, dessen Höhe in den Sätzen 2 und 3 des § 39a Abs. 1 SGB V festgelegt ist. Hierbei handelt es sich um eine Pflichtleistung der Krankenkasse, deren Gewährung nicht im Ermessen der Krankenkasse steht. Gemäß § 39a Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V trägt die Krankenkasse bei Erwachsenen-hospizen die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI zu 90 vom Hundert. Diese Bestimmung geht auf das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 zurück, mit dem die bisherige Finanzierungsregelung in § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V alter Fassung geändert und die Finanzierung stationärer Hospizleistungen mit Wirkung vom 23. Juli 2009 neu geregelt worden ist. Aufgrund dieser Änderung zahlen die Versicherten seit diesem Zeitpunkt über die in der GKV vorgesehenen Zahlungen für z.B. Arzneimittel-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel hinaus nun keinen Eigenanteil mehr für die Versorgung in stationären Hospizen. Die bisherige Finanzierungsregelung in § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997, wonach die Höhe des Zuschusses von den Krankenkassen in der Satzung festzulegen war, hatte zuvor bundesweit zu sehr unterschiedlichen und für den Betroffenen selbst nicht kalkulierbaren Eigenbeteiligungen der Versicherten geführt. Angesichts der Lebenssituation von Hospizbewohnern, die sich in der letzten Lebensphase befänden, sei – so heißt es in der Gesetzesbegründung – eine Finanzierung der zuschussfähigen Kosten angemessen. Zuschussfähig sind dabei – wie nach bisherigem Recht – 90 von Hundert des von den Krankenkassen und den Hospizen bzw. deren Trägern zu vereinbarenden tagesbezogenen Bedarfssatzes (vgl. § 7 RV-1). Den restlichen Anteil tragen die Hospize, insbesondere durch Spenden und Ehrenamt.

§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V sieht vor, dass der von den Krankenkassen zu leistende Zuschuss kalendertäglich 7 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (ab 1. Januar 2010 178,85 €) nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten darf. Die Mindesthöhe des Zuschusses nach dieser Bestimmung betrug nach § 39a Satz 3 i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 ursprünglich nur 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV. Die Anhebung der Mindestzuschussgrenze von 6 vom Hundert auf 7 vom Hundert gem. § 39a Abs. 1 Satz 3 SGB V in seiner derzeit gültigen Fassung beruht ebenfalls auf dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 und soll nach der Gesetzesbegründung dazu beitragen, dass die Hospize einen auskömmlichen Zuschuss, d.h. im Regelfall nicht weniger als den vorgenannten Betrag als Zuschuss kalendertäglich pro Versichertem erhalten.

Wegen der gegenüber anderen Hospizen höheren Infrastruktur- und Personalkosten hat die Krankenkasse gem. § 39a Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V in seiner derzeit gültigen Fassung die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert zu tragen. Die Regelung, dass Kinderhospize mit einem Eigenanteil von nur 5% der zuschussfähigen Kosten belastet bleiben, geht auf das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 zurück, durch das mit Wirkung vom 1. April 2007 ein neuer Satz 5 in den § 39a Abs. 1 SGB V mit dem Ziel eingeführt worden ist, die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder zu verbessern. Nach § 39a Abs. 1 Satz 5 SGB V in seiner bis zum 22. Juli 2009 geltenden Fassung war in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vorzusehen, dass Kinderhospize mit nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben. In der Gesetzesbegründung wird diesbezüglich darauf hingewiesen, die gegenüber Erwachsenen hospizen höheren Infrastruktur- und Personalkosten von Kinderhospizen könnten dadurch entstehen, dass in die Hospizarbeit Familienangehörige des Kindes einbezogen würden. Darüber hinaus könnten durch eine längere Verweildauer oder einen Wechsel zwischen stationärem Hospiz und der Versorgung an einem anderen Ort, weitere Besonderheiten zu berücksichtigen sein. Ziel der Neureglung ist es, den Ausbau der Kinderhospizarbeit zu unterstützen und insbesondere die Abhängigkeit von Spenden und ehrenamtlicher Mitarbeit für stationäre Kinderhospize zu verringern. Ein vollständiger Verzicht auf einen Anteil an den Kosten würde – so heißt es in der Gesetzesbegründung – allerdings dem Hospizgedanken zuwiderlaufen, der im Wesentlichen auf ehrenamtlichem Engagement beruhe. Aufgrund des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 findet sich die Regelung, dass Kinderhospize nur mit einem Eigenanteil von maximal 5% der zuschussfähigen Kosten belastet werden, seit dem 23. Juli 2009 nun nicht mehr in Satz 5, sondern in Satz 2 des § 39a Abs. 1 SGB V. Im Übrigen ist aufgrund dieses Gesetzes ebenso wie in Erwachsenen hospizen auch für die Versorgung in einem Kinderhospiz seit dem 23. Juli 2009 nunmehr kein Eigenanteil mehr zu zahlen.

Der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 mit Wirkung vom 1. April 2007 eingefügte Satz 5 des § 39a Abs. 1 SGB V, dessen zweiter Halbsatz durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 mit Wirkung vom 23. Juli 2009 gestrichen wurde, verlangt außerdem, dass in den Vereinbarungen nach Satz 4 den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung getragen wird. Zweck der Regelung ist es, die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder zu verbessern. Dazu sind die auf Bundesebene bestehenden Rahmenvereinbarungen zu stationären Hospizen nach Inhalt, Art, Umfang und Qualität so auszugestalten, dass sie den besonderen Belangen von

Kindern ausreichend Rechnung tragen. Die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. März 1998 in der jetzt maßgeblichen Fassung vom 14. April 2010 trägt diesen gesetzlichen Vorgaben nunmehr Rechnung.

Nach § 39a Abs. 1 Satz 7 SGB V ist in den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese gem. § 39a Abs. 1 Satz 8 SGB V von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde, also vom Bundesministerium für Gesundheit, bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner nach § 39a Abs. 1 Satz 9 SGB V zu gleichen Teilen. Die vorgenannten Regelungen zum Schiedsverfahren sind ebenfalls durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 eingeführt worden und mit Wirkung vom 1. April 2007 in Kraft getreten.

Förderung ambulanter Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010)

Ambulante Hospizdienste, die Sterbende in ihrer Häuslichkeit betreuen, wurden durch die Bestimmung des § 39a SGB V in der Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 zunächst nicht erfasst. Der Abs. 2 des § 39a SGB V, der die Krankenkassen nunmehr auch zur Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste verpflichtet, wurde – unter entsprechender Änderung der Überschrift und des ursprünglichen Textes als Abs. 1 – vielmehr erst durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 mit Wirkung vom 1. Januar 2002 eingeführt. Mit der Vorschrift des § 39a Abs. 2 SGB V hat der Gesetzgeber einen weiteren Teil des bei der Einführung der stationären Leistungen zum 1. Januar 1997 formulierten eher gesellschaftspolitischen Gesamtkonzepts realisiert, wonach der Hospizgedanke auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft verbreitet und jedem der Zugang zu bislang verschütteten Fähigkeiten einer Sterbebegleitung gerade im häuslichen Bereich eröffnet werden sollte. § 39a Abs. 2 SGB V sieht demgemäß vor, dass die Erbringung ambulanter Hospizleistungen gefördert wird. Durch eine Bezuschussung der ambulanten Hospizdienste durch die gesetzliche Krankenversicherung soll dem Anliegen der Hospizarbeit, vorrangig ein Sterben zu Hause zu ermöglichen, Rechnung getragen und zugleich der kostengünstigere ambulante Bereich gestärkt werden. Die Neuregelung verdeutlicht, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch im Hospizbereich Geltung hat.

Die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung im Rahmen der ambulanten Hospizdienste gemäß § 39a Abs. 2 SGB V ergänzt die Behandlungs- und Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im häuslichen Bereich, die die GKV insbesondere in Form von vertragsärztlicher Behandlung und häuslicher Krankenpflege (vgl. § 37 SGB V) erbringt, um einen „nichtmedizinischen Aspekt“. § 39a Abs. 2 SGB V unterscheidet sich damit wesentlich von der Versorgung in stationären Hospizen, in denen gemäß § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V „palliativ-medizinische Behandlung“ erbracht wird. Anders als § 39a Abs. 1 SGB V und entgegen möglicherweise durch die Überschrift des § 39a SGB V geweckter Erwartungen räumt § 39a Abs. 2 SGB V den Versicherten aber keinen individuellen Leistungsanspruch gegen die Krankenkassen auf ambulante Hospizversorgung ein. Sie beschränkt sich vielmehr auf eine finanzielle Förderungspflicht der Krankenkassen, die – weil auf „ambulante Hospizdienste“ bezogen – institutioneller Art ist. Die Zuschusszahlungen der Krankenkassen an ambulante Hospizdienste wirken sich allerdings mit-

telbar auch auf die Kostenlast der Betroffenen aus, weil die Zahlungen Dritter naturgemäß den Betrag mindern, den die Versicherten selbst für die Sterbebegleitung in ihrem Haushalt, ihrer Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zu erbringen haben. Rechtssystematisch betrachtet gehört die Bestimmung des § 39a Abs. 2 SGB V daher eher in das vierte Kapitel des SGB V, in dem die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern geregelt sind.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen sind in § 39a Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB V festgelegt und werden durch die auf der Grundlage des § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossene „Rahmenvereinbarung zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit“ vom 3. September 2002, i.d.F. vom 14. April 2010 (im Folgenden: RV-2) konkretisiert, die die noch auf der Grundlage des § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V in der Fassung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 abgeschlossene Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002, in der Fassung vom 17. Januar 2006, abgelöst hat und die rückwirkend zum 1. Januar 2010 in Kraft getreten ist (vgl. § 8 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung in der Fassung vom 14. April 2010). Danach gilt grob skizziert Folgendes:

Die an die Förderung ambulanter Hospizdienste zu stellenden allgemeinen Anforderungen sind in § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V geregelt. Nach dieser Bestimmung hat die Krankenkasse ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Da nach den Zielsetzungen des Gesetzgebers durch Abs. 2 nur die ambulante Sterbebegleitung zu fördern ist, sind die Förderungsvoraussetzungen nach Satz 1 nur dann erfüllt, wenn sich die zu betreuenden Versicherten im Endstadium einer Erkrankung befinden und weder einer Krankenhausbehandlung, noch einer stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz im Sinne des § 39a Abs.1 SGB V bedürfen, weil diese Leistungen für die sterbenskranken Menschen nicht mehr erfolgversprechend sind. In der Präambel der vorgenannten Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010 (RV-2) wird dementsprechend darauf hingewiesen, dass sich das Angebot der ambulanten Hospizdienste an sterbende Menschen richtet, die an einer Erkrankung leiden, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und bei der eine Heilung nach dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht zu erwarten ist. Unter „Sterbebegleitung“ ist hier die – Angehörige und Bezugspersonen des sterbenden Menschen nach Möglichkeit einbeziehende – geistig-seelische Betreuung nichtmedizinischer Art zu verstehen. Die Behandlung körperlicher Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) obliegt demgegenüber den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und den zugelassenen Pflegediensten. Nach der Ursprungsfassung des Satzes 1 durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 waren zunächst nur ambulante Dienste förderungsberechtigt, die eine derartige Sterbebegleitung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten erbrachten. Aufgrund einer Gesetzesänderung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 lässt Satz 1 seit dem 1. April 2007 eine ambulante Hospizbetreuung nun auch in stationären Pflegeeinrichtungen zu, um den Betroffenen ein Verbleiben in diesen Einrichtungen bei qualifizierter Sterbe-

begleitung zu ermöglichen. Aufgrund einer weiteren Änderung des Satzes 1 des § 39a Abs. 2 SGB V durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 können ambulante Hospizleistungen seit dem 23. Juli 2009 jetzt auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden. Nach der Gesetzesbegründung werden diese Einrichtungen von den Versicherten in gleicher Weise als vertraute Umgebung empfunden wie die Häuslichkeit und die stationären Pflegeeinrichtungen, in denen ambulante Hospizleistungen bereits vorher erbracht werden konnten.

Die in den Sätzen 2 und 3 des § 39a Abs. 2 SGB V beschriebenen organisatorischen Anforderungen an den ambulanten Hospizdienst sollen die Qualität der ehrenamtlichen Sterbebegleitung sicherstellen und dabei insbesondere verhindern, dass zwingende medizinische Aspekte unberücksichtigt bleiben. Verlangt wird daher in Satz 2 Nr. 1 die Zusammenarbeit mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegekräften und Ärzten. Zusammenarbeit meint dabei ein Zusammenwirken mit Einrichtungen und Personen, die nicht dem ambulanten Hospizdienst eingegliedert, sondern unabhängig von diesem tätig sind. Satz 2 Nr. 2 des § 39a Abs. 2 SGB V verlangt ferner, dass der ambulante Hospizdienst unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht. Diese Fachkräfte müssen über eine mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügen und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen. Die an eine fachlich verantwortliche Kraft zu stellenden personellen Mindestvoraussetzungen sind im Einzelnen in § 5 RV-2 geregelt. Nach § 39a Abs. 2 Satz 3 SGB V hat der ambulante Hospizdienst schließlich durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte eine palliativ-pflegerische Beratung der sterbenden Menschen zu erbringen und die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicherzustellen.

Bei Vorliegen der vorgenannten gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen haben ambulante Hospizdienste gemäß § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Förderung gegen die Krankenkassen. Hierbei handelt es sich um eine gesetzliche Pflichtaufgabe, der sich die Krankenkassen nicht entziehen können. Die Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen erfolgt gemäß § 39a Abs. 2 Satz 4 SGB V in Form eines angemessenen Zuschusses zu den notwendigen Personalkosten. Diese fallen nur für die im ambulanten Hospizdienst tätigen Fachkräfte nach § 39a Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 und Satz 3 SGB V, nicht aber für die ehrenamtlich Tätigen, an. § 6 Abs. 1 Satz 2 RV-2 legt hierzu ausdrücklich fest, dass die Förderung als Zuschuss zu den Personalkosten der Fachkräfte für die palliativ-pflegerische Beratung sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen erfolgt. Durch die in § 39a Abs. 2 Satz 4 SGB V festgelegte Beschränkung des Zuschusses auf die notwendigen Personalkosten ambulanter Hospizdienste wird klargestellt, dass andere Kosten der Hospizdienste, wie zum Beispiel Sachkosten für Räume oder Büromaterial, nicht zuschussfähig sind. Dass dementsprechend auch Mittel für Verwaltungsaufgaben wie beispielsweise den Kontakt mit Bestattungsunternehmen und die zu leistende Trauerarbeit sowie Palliativberatung und die Beratung von Alten- und Pflegeheimen nicht förderungsfähig sind, wird zum Teil als reformbedürftig angesehen. Demgegenüber ist aber zu bedenken, dass sich eine Vollfinanzierung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen mit dem Gedanken der Ehrenamtlichkeit nicht vereinbaren ließe. Die Vorschrift des § 39a Abs. 2 SGB V bezweckt ausweislich der Gesetzesbegründung lediglich eine Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen. Mit der Zuschussregelung in Verbindung mit den angemessenen Personalkosten soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass es

sich bei der ambulanten Hospizarbeit um eine gesellschaftliche Aufgabe handelt, deren Förderung nicht ausschließlich den Kassen zugewiesen werden darf.

Bezugsgröße für die Berechnung des Zuschusses sind gemäß § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V sogenannte Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Auch nach der Neuregelung der Finanzierung ambulanter Hospizdienste durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 mit Wirkung vom 23. Juli 2009 wird für die Angemessenheit des Zuschusses im Sinne des Absatzes 2 Satz 4 damit auf die schon bisher maßgebliche Bezugsgröße abgestellt. Im Unterschied zu dem bis zum 22. Juli 2009 geltenden Recht handelt es sich bei der Bestimmung des § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V neuer Fassung nun aber um eine abschließende Regelung. Nach der bis zu diesem Zeitpunkt maßgeblichen Vorschrift des § 39a Abs. 2 Satz 4 SGB V in der Fassung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 erfolgte die Förderung demgegenüber durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, der sich „insbesondere“ nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmte. Dieser Maßstab war für die Krankenkasse zwar verpflichtend, im Hinblick auf die Formulierung „insbesondere“ jedoch nicht abschließend zu verstehen, so dass auch andere sachliche Parameter ergänzend zur Bestimmung der Angemessenheit des Zuschusses herangezogen werden konnten.

Als weiteren Bemessungsfaktor für die Angemessenheit des Zuschusses legte § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V in der Fassung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 ein versichertenbezogenes Gesamtbudget fest. Nach dieser Bestimmung, die nach ihrem Inkrafttreten am 1. Januar 2002 bis zum 22. Juli 2009 zunächst unverändert blieb, sollten die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung ambulanter Hospizdienste insgesamt im Jahr 2002 für jeden ihrer Versicherten 0,15 Euro umfassen und jährlich um 0,05 Euro bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 ansteigen. Ab dem Jahr 2008 war dieser Betrag entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen. Die jährliche Steigerung des Förderbetrages von 0,15 Euro im Jahr 2002 bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 diente dem Zweck, den ambulanten Hospizdiensten eine Anpassung ihrer Strukturen und Arbeitsweisen zu ermöglichen.

Mit dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 hat der Gesetzgeber die Finanzierung ambulanter Hospizdienste mit Wirkung vom 23. Juli 2009 neu geregelt. Die finanzielle Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen nach § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V erfolgt seit diesem Zeitpunkt gemäß Satz 4 zwar wie bisher durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. Statt der bisherigen Regelung in § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V alter Fassung, die – wie erwähnt – einen versichertenbezogenen Zuschuss in Höhe von zuletzt 0,42 Euro pro Versichertem und Jahr vorsah, erhalten die ambulanten Hospizdienste nunmehr einen festen Zuschuss zu den Personalkosten. Dieser beträgt gemäß § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V neuer Fassung 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (ab 1. Januar 2010 281,05 €). Maßgeblich für die Berechnung des Zuschusses ist dabei gemäß § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V neuer Fassung nach wie vor die sogenannte Leistungseinheit, das heißt das Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen. Die Festlegung einer Gesamtfördersumme – so die Gesetzeslage bis zum 22. Juli 2009 – ist damit entfallen. Die Bezugnahme auf Leistungseinheiten entspricht weitgehend der schon vor dem 23. Juli 2009 maßgeblichen Bezugsgröße, wie sie in § 39a Abs. 2 Satz 4 in der Fassung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 und in § 6 Abs. 2 Satz 1 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V alter Fassung zu den Vorausset-

zungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002, i.d.F. vom 17. Januar 2006, geregelt war. Gemäß § 39a Abs. 2 Satz 6 Halbsatz 2 SGB V dürfen die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nach wie vor nicht überschreiten. In der Gesetzesbegründung zu § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V in seiner jetzt gültigen Fassung wird ausgeführt, die bisherige – versichertenbezogene – Regelung habe zu Fehlentwicklungen geführt. Insbesondere seien die Vergütungen in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich gewesen. Darüber hinaus seien Teile der von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Mittel nicht abgerufen worden. Die Neuregelung schaffe für alle Beteiligten Planungssicherheit und stelle eine leistungsgerechte Vergütung sicher.

§ 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V legt fest, dass in den Vereinbarungen nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen ist. Die Bestimmung des § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V, die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 mit Wirkung vom 1. April 2007 als damaliger Satz 7 dem § 39a Abs. 2 SGB V angefügt wurde, verfolgt das Ziel, die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder zu verbessern. Die Gesetzesbegründung weist diesbezüglich darauf hin, dass dabei die gegenüber anderen ambulanten Hospizdiensten höheren Infrastruktur- und Personalkosten von besonderer Bedeutung sein können, die etwa dadurch entstehen könnten, dass in die Hospizarbeit Familienangehörige des Kindes einbezogen werden. Die am 1. Januar 2010 in Kraft getretene Neufassung der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V vom 14. April 2010 trägt den gesetzlichen Vorgaben nunmehr Rechnung.

1 Einleitung

Die in Deutschland seit etwa Anfang der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wachsende Hospizbewegung¹, deren Anliegen es ist, sterbenden Menschen ein menschenwürdiges und selbstbestimmtes Leben und Sterben bis zum Ende zu ermöglichen², wurde lange Zeit nicht nur wegen der ethischen Vorbehalte der Kirchen ignoriert, sondern auch gesellschafts- und sozialpolitisch tabuisiert, so dass eine gesetzliche Verankerung der Finanzierung der Hospize zunächst nicht durchsetzbar war. Stationäre Hospize wurden durch die Krankenkassen, die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe sowie durch Spenden und Eigenleistungen finanziert³. Umstritten war insbesondere die Finanzierung durch die Krankenkassen, die ohne Rechtsgrundlage Hospizeinrichtungen mit Zuschüssen finanziell unterstützten⁴. Erst die Institutionalisierung der Hospizbewegung durch die Gründung eines Dachverbandes für ambulante, teilstationäre und stationäre Hospize zur Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) im Jahre 1992⁵ und die steigende Akzeptanz bei den Kirchen und in der Gesellschaft verhalfen der Hospizbewegung in Deutschland zum Durchbruch.

2 Stationäre Hospizleistungen (§ 39a Abs. 1 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. März 1998, in der Fassung vom 14. April 2010)

2.1 Ziel der stationären Hospizarbeit

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen. Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum des Handelns der Hospize. Neben dieser ambulanten Hospizbetreuung und der Versorgung Sterbender in Pflegeheimen und in Krankenhäusern (insbesondere Palliativstationen) sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Ziel der stationären Hospizarbeit ist es, eine Pflege und Begleitung (palliativ-medizinische Behandlung und Pflege) anzubieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt. Zur Optimierung der Versorgung arbeitet das Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit den niedergelassenen Vertragsärzten, Vertragskrankenhäusern und sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten eng zusammen. Wenn Kinder sterben, stellt dies die Familien wie die Begleitenden vor besondere Herausforde-

¹ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 60

² Vgl. den Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, BT-Drs. 15/5858, S. 7 f., 29 ff.; beigelegt als Anlage 6

³ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 60

⁴ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 60

⁵ Vgl. den Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, BT-Drs. 15/5858, S. 29

rungen. Für Hospize und Kinderhospize gelten weitgehend dieselben Grundsätze der Hospizarbeit, sie verfügen aber zum Teil über jeweils besondere Strukturen⁶.

2.2 Normgeschichte des § 39a Abs. 1 SGB V

2.2.1 Einfügung des § 39a in das Leistungsrecht des SGB V durch das 2.GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 mit Wirkung vom 1. Januar 1997

Vor dem Hintergrund der einleitend skizzierten Entwicklung wurde durch Art. 1 Nr. 12 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997⁷ die Bestimmung des § 39a in das Leistungsrecht des SGB V eingefügt und gem. Art. 19 Abs. 3 dieses Gesetzes rückwirkend zum 1. Januar 1997 in Kraft gesetzt, um die medizinisch-palliative Versorgung unheilbar Kranker in ihrer letzten Lebensphase durch einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen zu sichern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zu

und FDP vom 12. November 1996⁸ noch nicht vorgesehen. Sie wurde erst, nachdem in den Beratungen des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit die Hospiztätigkeit in Deutschland und deren Finanzierungsproblematik erörtert worden waren, durch einen Änderungsantrag der Regierungskoalition zu Art. 1 Nr. 11 des 2. NOG-E Gegenstand des Gesetzgebungsverfahrens⁹. Der Gesetzgeber hat dadurch auf die Entwicklung des Hospizgedankens und die Situation der Hospiztätigkeit in Deutschland reagiert und eine insoweit bestehende Gesetzeslücke geschlossen.

2.2.2 Änderungen durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 mit Wirkung vom 1. Januar 2002

Durch Art. 2 Nr. 1 und 2 des Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) vom 14. Dezember 2001¹⁰ wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2002 (vgl. Art. 6 Abs. 2 PflEG) die zuvor „Stationäre Hospize“ lautende Überschrift des § 39a SGB V neu gefasst (Nr. 1) und der bis dahin gültige Wortlaut des § 39a SGB V zu Abs. 1 gemacht.

⁶ Vgl. die Präambel der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, in der Fassung vom 14. April 2010, abrufbar im Internet unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_%C2%A739a_Abs.1_Satz4_14042010_13593.pdf; beigelegt als Anlage 4

⁷ BGBl. I S. 1520

⁸ BT-Drs. 13/6087

⁹ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 17. März 1997, BT-Drs. 13/7264, S. 3, 13, 60 f. zu Nr. 11a und S. 44 zu Art. 12 Abs. 3

¹⁰ BGBl. I S. 3728, 3732.

2.2.3 Änderungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 mit Wirkung vom 1. April 2007 und 1. Juli 2008

Durch Art. 1 Nr. 25 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) i.V.m. Art. 46 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007¹¹ wurde mit Wirkung vom 1. April 2007 in § 39a Abs. 1 Satz 4 das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und ein neuer Satz 5 eingefügt, demzufolge den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen und in der Rahmenvereinbarung nach Satz 4 vorzusehen ist, dass Kinderhospize mit nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben. Der bisherige Halbsatz 2 von Satz 4 wurde Satz 6 (vgl. Art. 1 Nr. 25 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) GKV-WSG). Darüber hinaus sind dem Abs. 1 des § 39a SGB V durch Art. 1 Nr. 25 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) die Sätze 7 bis 9 zum Schiedsverfahren angefügt worden. Durch diese Bestimmungen wurde im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien über einen Abschluss der stationären Rahmenvereinbarung nach Abs. 1 Satz 4 eine Schiedsperson implementiert, die notfalls auch von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden kann. Durch Art. 2 Nr. 6 Buchstabe a) i.V.m. Art. 46 Abs. 9 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde § 39a Abs. 1 Satz 4 mit Wirkung vom 1. Juli 2008 an die neue Verbandsstruktur der Krankenkassen angepasst. Seit diesem Zeitpunkt trägt Abs. 1 Satz 4 damit dem Umstand Rechnung, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen ab dem 1. Juli 2008 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgelöst worden sind.

2.2.4 Änderungen durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 mit Wirkung vom 23. Juli 2009

Mit Wirkung vom 23. Juli 2009 wurden durch Art. 15 Nr. 03. Buchstabe a) Doppelbuchstaben aa) – cc) i.V.m. Art. 19 Abs. 1 des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009¹² die Sätze 2, 3 und 5 des § 39a Abs. 1 SGB V geändert und die Finanzierung stationärer Hospizleistungen neu geregelt. Aufgrund dieser Änderungen, die auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zurückgehen¹³, zahlen die Versicherten seit diesem Zeitpunkt nun keinen Eigenanteil mehr für die Versorgung in stationären Hospizen. Der Eigenanteil der Versicherten, der zuvor bundesweit sehr unterschiedlich und für den Betroffenen selbst nicht kalkulierbar war, wurde durch das vorgenannte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 mithin abgeschafft. Seitdem übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen bei den stationären Hospizen unter Berücksichtigung des Finanzierungsanteils der Pflegeversicherung 90 Prozent (bzw. bei Kinderhospizen 95 Prozent) der zuschussfähigen Kosten eines Hospizes. Den restlichen Anteil tragen die Hospize, insbesondere durch Spenden und Ehrenamt. Durch eine Anhebung des Mindestzuschusses ist so sichergestellt worden, dass alle stationären Hospize einen auskömmlichen Zuschuss erhalten.

¹¹ BGBl. I S. 378, 385.

¹² BGBl. I S. 1990

¹³ vgl. BT-Drs. 16/13428, S. 56 f., 89.

2.3 Die derzeit geltende Fassung des § 39a Abs. 1 SGB V im Wortlaut

Die Bestimmung des § 39a Abs. 1 SGB V, die zuletzt durch den vorgenannten Art. 15 Nr. 03. Buchstabe a) des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 mit Wirkung vom 23. Juli 2009 geändert worden ist, hat in ihrer derzeit gültigen Fassung folgenden Wortlaut:

„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 Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert. Der Zuschuss darf kalendertäglich 7 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen“.

2.4 Normzweck des § 39a Abs. 1 SGB V

2.4.1 Humanitäre Zielsetzung

Die Regelungen in § 39a Abs. 1 SGB V wurden – wie bereits erwähnt¹⁴ – durch das rückwirkend zum 1. Januar 1997 in Kraft getretene 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997¹⁵ eingeführt, um unheilbar Kranken, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, ambulant aber nicht ausreichend versorgt werden können, durch die Zahlung eines Zuschusses zu den Kosten, die bei stationärer oder teilstationärer Aufnahme in bestimmten Hospizen entstehen, in ihrer letzten Lebensphase ein menschenwürdiges Leben bis zu ihrem Tode zu ermöglichen¹⁶. Es gehört zum We-

¹⁴ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.2.1

¹⁵ BGBl. I S. 1520

¹⁶ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) – BT-Drs. 13/6087 – , in BT-Drs. 13/7264 S. 60

sen hospizmäßiger Versorgung, dass sie den menschlichen Bedürfnissen von schwerkranken Patienten, deren Krankheit nicht geheilt oder gebessert werden kann, in der Regel besser Rechnung zu tragen vermögen als Krankenhäuser, in denen die Erbringung medizinischer Leistungen mit kurativer Zielsetzung im Vordergrund steht¹⁷. Neben der ambulanten Hospiztätigkeit hielt der Gesetzgeber des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes auch stationäre Hospize in beschränktem Umfang für erforderlich, die durch Krankenkassen, Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Spenden und Eigenleistungen finanziert würden¹⁸. Der Bestimmung des § 39a Abs. 1 SGB V liegt damit das Konzept einer Mischfinanzierung zugrunde, die auch die Beschränkung der GKV-Leistungen auf Zuschüsse erklärt¹⁹.

2.4.2 Individueller Rechtsanspruch

Durch die Vorschrift des § 39a Abs. 1 SGB V ist ein individueller Rechtsanspruch des Versicherten auf Finanzierungsbeiträge der Krankenkassen geschaffen worden, die vor dem 1. Januar 1997 nur auf freiwilliger Grundlage erbracht werden konnten und zum Teil, als sog. ausgelagerte häusliche Krankenpflege aufgrund von § 37 SGB V, auch erbracht worden sind²⁰. Anspruchsinhaber ist der hospizmäßig untergebrachte Versicherte. Die Grundanforderungen, von denen der Anspruch auf den Zuschuss abhängt, ergeben sich aus § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V. Die Zuschusshöhe ist in § 39a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V geregelt. Weitere Voraussetzungen für die Zuschusszahlung können, jedenfalls mittelbar, durch die Vereinbarungen nach Abs. 1 Satz 4 SGB V aufgestellt werden, die Art und Umfang der Versorgung zu regeln haben²¹.

2.4.3 Vermeidung von Fehlbelegungen

Nicht verkannt werden darf, dass der Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen nach § 39a Abs. 1 SGB V auch dazu beitragen soll, die Krankenkassen durch Vermeidung von Fehlbelegungen zu entlasten²², denn die Hospizversorgung ist gerade auch für solche Versicherte vorgesehen, die unter anderem „keiner Krankenhausbehandlung bedürfen“. Auf der Kostenseite führt die Vorschrift so zu einer Senkung der Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten entstehen. Sofern die Betreuung Sterbender aus familiären oder sozialen Gründen ambulant nicht sicherzustellen war, hat dies in der Vergangenheit häufig auch dann zur Aufnahme in ein Krankenhaus geführt, wenn der Patient

¹⁷ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 5

¹⁸ Vgl. BT-Drs. 13/7264 S. 60

¹⁹ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V, Rn. 2

²⁰ Diese Maßnahmen zur Finanzierung der Hospize hatten größtenteils Modell- und Projektcharakter und waren nur für einen befristeten Zeitraum ausgelegt, vgl. Moldenhauer, Krankenkassen sichern stationäre Hospizversorgung, in: Die BKK 1998, 294 (295); Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 49

²¹ Vgl. hierzu näher unten zu den Gliederungspunkten 2.5.1 und 2.7.1

²² Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 5b; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 2

keine medizinische Versorgung mit den spezifischen Mitteln eines Krankenhauses benötigte²³. Die Untergrenze für den Zuschuss betrug ursprünglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch²⁴. Mit der Festlegung dieser Untergrenze, die bei Inkrafttreten der Vorschrift am 1. Januar 1997 etwa der Hälfte des durchschnittlichen Krankenhaus-Pflegesatzes entsprach, sollte nach den Vorstellungen des Gesetzgebers eine angemessene Beteiligung jeder Krankenkasse an den Kosten der Hospizversorgung sichergestellt werden²⁵.

2.5 Voraussetzungen des Anspruchs auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Hospizversorgung (§ 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. März 1998, i.d.F. vom 14. April 2010)

2.5.1 Die gesetzlichen Voraussetzungen des Anspruchs auf einen Zuschuss gem. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V und deren Konkretisierung durch die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. Dezember 1998, i.d.F. vom 14. April 2010)

Die gesetzlichen Voraussetzungen unter denen die Krankenkassen einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen zahlen, sind in § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V geregelt. Nach dieser Bestimmung, die seit ihrem Inkrafttreten am 1. Januar 1997 sachlich unverändert geblieben ist, haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, 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.

§ 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V gewährt auch bei Vorliegen der gesetzlich normierten Voraussetzungen einen Zuschuss damit ausdrücklich nur „im Rahmen der Verträge nach Satz 4“, durch die „das Nähere über Art und Umfang der Versorgung“ bestimmt werden soll. Der Passus bezieht sich zwar auf den Zuschuss, doch wird dessen Höhe nicht in den Vereinbarungen nach Satz 4, sondern gem. Satz 2 und 3 gesetzlich festgelegt. Allerdings können Art und Umfang der Hospizversorgung, die in den Vereinbarungen nach Satz 4 näher festgelegt werden, mittelbar auch Einfluss auf den Anspruch nach Satz 1 haben. Die Formulierung „im Rahmen“ in § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V ist hier nicht nur dahin zu verstehen, dass ein dem Grunde nach bestehender Zuschussanspruch inhaltlich – angesichts der Festlegung seiner Höhe durch Gesetz also vornehmlich der Dauer nach – näher bestimmt werden kann. Diese Regelung bedeutet vielmehr zugleich, dass die Vertragspartner, das heißt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, die personellen und institutionellen Voraussetzungen der Zuschusszahlung konkretisieren, d.h. Näheres darüber festlegen können, in welchen Fällen (Krankheitsbild, Krankheitsphase) und

²³ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 5b

²⁴ Viertes Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften über die Sozialversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973)

²⁵ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 61

in welchen Einrichtungen die (teil-) stationäre Versorgung einen Zuschussanspruch auslöst²⁶. Auch die Gesetzesbegründung, die der Bundestagsausschuss für Gesundheit seiner Beschlussempfehlung zu § 39a Satz 1 SGB V i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 beigefügt hat²⁷, geht davon aus, dass durch die Konkretisierung der Leistungen in den Verträgen gleichzeitig auch der Personenkreis der anspruchsberechtigten Versicherten näher bestimmt werde. Den in Satz 4 genannten Organisationen wird damit ein hohes Maß an Gestaltungsfreiheit, aber auch an Verantwortung übertragen²⁸. Nach der Erwartung der Ausschussmehrheit kann durch die Ausgestaltung der vertraglichen Regelung auch die Ausweitung des Anbieterkreises vermieden werden²⁹. Da der Gesetzgeber die wesentlichen Anspruchsvoraussetzungen für den Zuschuss durch Satz 1 selbst festgelegt hat, bestehen nach Auffassung des Bundessozialgerichts keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken dagegen, dass in Satz 4 die nähere Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen auf die Spitzenorganisationen von Krankenkassen und Hospizen übertragen wurde³⁰.

Auf der gesetzlichen Grundlage des § 39a Satz 4 SGB V i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 haben die (damaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen am 13. März 1998 eine „Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherstellung der Qualität der stationären Hospizversorgung“ abgeschlossen, die zum 1. Mai 1998 in Kraft getreten ist und in der Fassung vom 9. Februar 1999 zunächst unverändert bis zum 22. Juli 2009 galt. Mit Wirkung vom 23. Juli 2009 ist diese Vereinbarung durch die zwischen dem GKV-Spitzenverband³¹ und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossene „Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung“ vom 13. März 1998, in der Fassung vom 14. April 2010³² abgelöst worden (vgl. § 8 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung neuer Fassung). Diese Rahmenvereinbarung (im Folgenden: RV-1) beinhaltet neben einer Beschreibung des Ziels der stationären Hospizarbeit in der Präambel³³ und einer Begriffsdefinition stationärer Hospize in § 1 unter ande-

²⁶ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 26; Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 12

²⁷ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 61

²⁸ Vgl. Plate, Finanzierungsregelung für stationäre Hospize, in: DOK 1997, 486; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 26

²⁹ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 55

³⁰ Vgl. BSG SozR 4-2500 § 39a Nr. 1 Rn. 14

³¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

³² Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, in der Fassung vom 14. April 2010, abrufbar im Internet unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_%C2%A739a_Abs.1_Satz4_14042010_13593.pdf; beigefügt als Anlage 4

³³ vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.1

rem Bestimmungen über den anspruchsberechtigten Personenkreis sowie über die Notwendigkeit stationärer Hospizversorgung (vgl. § 2 RV-1). Eingrenzungen ergeben sich z.B. daraus, dass die stationäre Aufnahme nach § 2 Abs. 2 RV-1 vom Vorliegen bestimmter Krankheitsbilder abhängig gemacht wird. Von Bedeutung ist ferner, dass nach § 2 Abs. 1 RV-1 Festlegungen hinsichtlich der noch zu erwartenden Lebensdauer getroffen worden sind.

Vor diesem Hintergrund sollen nun nachfolgend die wesentlichen gesetzlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer und teilstationärer Versorgung in Hospizen nach § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998 i.d.F. vom 14. April 2010 (RV-1) näher dargelegt werden.

2.5.2 Stationäre oder teilstationäre Unterbringung in einem Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird

Institutionelle Voraussetzung für den Anspruch auf einen Zuschuss ist, dass die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz stattfindet, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird.

2.5.2.1 Begriff des Hospizes im Sinne des § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V

Unter einem Hospiz ist entsprechend der oben dargestellten humanitären Zielsetzung des § 39a Abs. 1 SGB V³⁴ eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung zu verstehen, in der unheilbar Kranke in der letzten Lebensphase im Sinne einer Sterbebegleitung palliativ-medizinisch und palliativ-pflegerisch versorgt werden. Voraussetzung ist daher, dass neben Unterkunft und Verpflegung auch Pflege sowie geistig-seelische Sterbebegleitung vorgesehen sind³⁵. In § 1 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 der oben genannten Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. März 1998, in der Fassung vom 14. April 2010, werden stationäre Hospize konkretisierend als baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit eigenständigem Versorgungsauftrag beschrieben, in denen Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung erhalten. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung ist, weil die in § 71 SGB XI³⁶ aufgeführten Anforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen insoweit nicht ausreichend sind (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 der Rahmenvereinbarung). Nach § 1 Abs. 1 Satz 2 RV-1 sind stationäre Hospize kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker sterbender Menschen auszurichten ist. Stationäre Hospize verfügen gemäß § 1 Abs. 1 Satz 3 RV-1 über eine besondere Ausstattung, die eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-

³⁴ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.4.1

³⁵ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 3; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 14; Beyer, in: jurisPK-SGB V, § 39a Rn. 27

³⁶ Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495)

seelische Versorgung gewährleistet und bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Sie verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Stationäre Hospize sind integraler Bestandteil eines ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienstes (§ 1 Abs. 1 Satz 4 und 5 RV-1).

Anstelle einer vollstationären Hospizversorgung kann die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung und soziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen zu gewährleisten, so dass die Patientin bzw. Patient möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen Umgebung bleiben kann (§ 1 Abs. 2 Satz 1 RV-1). Die teilstationäre Versorgung kann gem. § 1 Abs. 2 Satz 2 RV-1 sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines vollstationären Hospizes vorgehalten werden.

Stationäre Kinderhospize sind aufgrund ihres speziellen Aufgabengebiets selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept (§ 1 Abs. 4 RV-1).

2.5.2.2 Erbringung palliativ-medizinischer Behandlung

Zur Abgrenzung stationärer Hospize von anderen Einrichtungen, die zwar auch sterbende Menschen versorgen, aber nicht das Leistungsspektrum der Hospize vorhalten, ist Voraussetzung für den Zuschuss, dass im stationären Hospiz eine palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird. Die Einrichtung muss daher aufgrund ihrer personellen und sachlichen Ausstattung zu solchen Behandlungen in der Lage sein und sie – in der Praxis sicher ganz überwiegend – auch tatsächlich durchführen³⁷. Wenn das Hospiz auch andere Behandlungsarten ausführt, schadet dies nicht.

Palliativ wird eine Behandlung genannt, die nicht die Ursachen, sondern lediglich die Symptome einer Krankheit angeht und daher nur auf Linderung der Krankheitsbeschwerden im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausgerichtet ist, also auf Milderung der Krankheitsauswirkungen, z.B. durch Medikamente, die Schmerzen lindern oder Atemnot beheben³⁸. Nach § 3 Abs. 2 Satz 1 RV-1 soll die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase der Patientin bzw. des Patienten so erträglich wie möglich gestalten und ist nicht primär darauf ausgerichtet, das Leben zu verlängern. Im Zentrum steht somit neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte (§ 3 Abs. 2 Satz 2 RV-1).

Neben der palliativen Ausrichtung der Behandlung verlangt § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V ferner, dass es sich um eine medizinische handelt. Daraus ist zu folgern, dass die Behandlung von Ärz-

³⁷ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 60; Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 5; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 13

³⁸ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 5; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 14 mit weiteren Nachweisen

ten geleitet und verantwortet wird; das Hospiz insgesamt muss aber nicht unter der Leitung von Ärzten stehen³⁹. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers wird die ärztliche Behandlung im Hospiz ambulant von Vertragsärzten erbracht und ist daher Teil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nach den §§ 73 ff. SGB V⁴⁰. Dies ergibt sich auch aus § 39a Abs. 1 Satz 6 SGB V, weil sich nur so erklärt, dass der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor Abschluss der Rahmenvereinbarung nach Satz 4 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist⁴¹. Die Patienten können sich weiter von ihrem bisherigen Arzt behandeln lassen oder einen Facharzt in Anspruch nehmen, der sich schwerpunktmäßig mit Palliativmedizin befasst. Die Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998 in der Fassung vom 14. April 2010 bestimmt in § 3 Abs. 6 Satz 1 lediglich, dass die stationären Hospize die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln zu gewährleisten haben. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung kann auch psychotherapeutische Leistungen und dabei nach Maßgabe des § 15 SGB V die Tätigkeit nichtärztlicher Therapeuten umfassen⁴². Von diesem, den Vertragsärzten zuzuordnenden Bereich ist neben der Pflege die geistig-seelische Betreuung (nicht Behandlung) im Hospiz zu unterscheiden, z.B. die Sterbebegleitung durch dazu bestellte Hospizkräfte oder Seelsorger. Aufwendungen dafür fließen in die Kosten des Hospizes ein.

Nach dem eindeutigen Wortlaut des § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V („in denen ... erbracht wird“) ist es nicht erforderlich, dass die Versicherten, um deren Zuschussanspruch es geht, die palliativmedizinische Behandlung tatsächlich und laufend erhalten. Dies ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung, derzufolge es als ausreichend angesehen wird, wenn eine palliativmedizinische Behandlung „möglich ist“⁴³. Diese Auslegung entspricht auch dem Zweck des § 39a Abs. 1 SGB V, weil es nicht sinnvoll wäre, den Zuschuss jeweils wieder zu entziehen, wenn in bestimmten, evtl. sehr kurzen Phasen eine konkrete Behandlung nicht erbracht werden muss. Dasselbe gilt, wenn palliativmedizinische Behandlung bei dem Versicherten überhaupt nicht erbracht wird, die Unterbringung im Hospiz aber dennoch erforderlich ist, weil dort die Behandlung jederzeit kurzfristig einsetzen kann⁴⁴.

2.5.3 Erforderlichkeit einer stationären oder teilstationären Hospizversorgung

Obwohl Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung in einem Hospiz nicht in den Katalog der Leistungen der Krankenbehandlung des § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V aufgenommen worden sind, setzt der Anspruch auf einen Zuschuss gem. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V weiterhin das Vor-

³⁹ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 6; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 15

⁴⁰ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 61

⁴¹ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 15

⁴² Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 6

⁴³ Vgl. BT-Drs. 13/7264 S. 60

⁴⁴ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 8; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 13

liegen einer Krankheit und die Notwendigkeit voraus, eines der Behandlungsziele des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu verfolgen. Palliativ-medizinische Maßnahmen dienen – wie oben dargelegt – der Linderung von Krankheitsbeschwerden im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V und sind damit Krankenbehandlung im Sinne der genannten Vorschrift⁴⁵. In den seltenen Fällen, in denen sich das Hospiz auf psychosoziale Fürsorge und Grundpflege beschränken kann, ist § 27 Abs. 1 SGB V, der den Zuschuss als solchen in die Aufzählung seines Satzes 2 nicht aufgenommen hat, nicht anwendbar. Dass die Aufnahme in eine stationäre Hospizeinrichtung in diesen Fällen nicht erforderlich ist, folgt unmittelbar aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V, der als gemeinsame Vorschrift für alle Leistungen des Dritten Kapitels Geltung hat⁴⁶. Danach dürfen Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V). Leistungen, die nicht notwendig sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Inhalt und Notwendigkeit der Hospizversorgung stehen dabei in einer Wechselbeziehung zu Bild, Stadium und Verlaufsprognose der Krankheit⁴⁷. Nach § 2 Abs. 1 Buchstabe a) RV-1 ist Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz und damit für einen Anspruch auf einen Zuschuss gem. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V unter anderem, dass die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – erwarten lässt. Eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung in einem stationären Hospiz kommt nach § 2 Abs. 2 Satz 1 RV-1 insbesondere bei Krebserkrankungen, dem Vollbild der Infektionskrankheit AIDS, Erkrankungen des Nervensystems und chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen in Betracht. Über diese Krankheitsbilder hinaus ist die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung von Kindern in Kinderhospizen gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 RV-1 zusätzlich auch dann begründet, wenn bei ihnen Stoffwechselerkrankungen, die schon im Kindes- oder Jugendalter in der Regel zum Tode führen oder genetisch bedingte Erkrankungen, Immunerkrankungen und Fehlbildungen mit lebensverkürzender Prognose diagnostiziert werden.

Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt gem. § 2 Abs. 3 Satz 1 der Rahmenvereinbarung grundsätzlich nicht bei Patientinnen und Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Sofern in Einzelfällen Patientinnen und Patienten aus Pflegeheimen in ein Hospiz verlegt werden sollen, ist vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen, ob die Kriterien nach § 2 Abs. 1 und 2 der Rahmenvereinbarung erfüllt werden und warum eine angemessene Versorgung der oder des Sterbenden im Pflegeheim nicht mehr möglich ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 RV-1).

⁴⁵ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 22 a; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 6; Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 57

⁴⁶ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 22 a

⁴⁷ Vgl. Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 57

Formelle Leistungsvoraussetzung für den Zuschuss ist, dass die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1, 2 und 3 des § 2 der Rahmenvereinbarung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt oder eine Krankenhausärztin bzw. einen Krankenhausarzt bestätigt wird (§ 2 Abs. 4 Satz 1 RV-1). Die Leistung ist zunächst auf 4 Wochen befristet (§ 2 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 1 RV-1). Eine Begutachtung im Einzelfall durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist (nur) gem. § 275 Abs. 1 (Alternative 2) Nr. 1 SGB V rechtlich möglich, regelmäßig aber (wegen Offenkundigkeit der „Sachlage“) überflüssig bzw. inadäquat. Der MDK kann und sollte allerdings generell-beratend im Rahmen von § 275 Abs. 4 SGB V hinzugezogen werden⁴⁸.

Bei der Frage, ob eine (weitere) Notwendigkeit für eine Versorgung im stationären Hospiz gegeben ist, ist gem. § 2 Abs. 5 Satz 1 RV-1 zu prüfen, ob – sofern der Zustand der Patientin oder des Patienten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat – eine Entlassung nach Hause möglich ist. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen, auch innerhalb eines Jahres, möglich (§ 2 Abs. 5 Satz 2 RV-1).

2.5.4 Ausschluss des Anspruchs auf einen Zuschuss bei Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V

Als negative Anspruchsvoraussetzung verlangt § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V, dass die Versicherten keiner Krankenhausbehandlung bedürfen. Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung, wie sie § 39 SGB V beschreibt, dürfen in der Person des Versicherten nicht (mehr) vorliegen. Die Versorgung im Krankenhaus ist also vorrangig⁴⁹. Maßgebend für die Abgrenzung des Leistungsbereichs der Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V von dem der stationären oder teilstationären Hospizversorgung gem. § 39a Abs. 1 SGB V sind die in § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V aufgeführten Behandlungsziele: wenn diese nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses erreicht werden können⁵⁰, erfolgt die Behandlung im Krankenhaus und wird in diesem Rahmen auch die palliativ-medizinische Versorgung erbracht. Besteht das Behandlungsziel lediglich in der Linderung der Krankheitsbeschwerden, so ist eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 39 SGB V nur erforderlich, wenn auch die Linderung nur mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses erfolgen kann⁵¹.

⁴⁸ Vgl. Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 60

⁴⁹ Vgl. etwa Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 7

⁵⁰ Vgl. BSGE 86, 166 (168)

⁵¹ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 9; Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 6; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 21

2.5.5 Nichterbringbarkeit einer ambulanten Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten

Korrespondierend mit dem gesellschaftspolitischen Ziel des Gesetzgebers, die Sterbebegleitung im häuslichen Bereich zu fördern⁵², macht § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V die Gewährung eines Zuschusses zur stationären Versorgung schließlich davon abhängig, dass die ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die den Zuschuss begründende Inanspruchnahme stationärer Hospizversorgung ist mithin gegenüber der Sterbebegleitung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nachrangig. In § 2 Abs. 1 Buchstabe c) Satz 1 der Rahmenvereinbarung wird hierzu konkretisierend ausgeführt, dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten dann nicht ausreicht, wenn der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die ambulante vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V), die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b SGB V), die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes (§ 39a Abs. 2 SGB V) sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien)ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint (§ 2 Abs. 1 Buchstabe c) Satz 2 RV-1).

§ 39a Abs. 1 SGB V weist damit eine strukturelle Ähnlichkeit mit entsprechenden Regelungen in den §§ 37 Abs. 3 SGB V und § 38 Abs. 3 SGB V für die häusliche Krankenpflege und die Haushaltshilfe auf. Im Unterschied zu diesen Bestimmungen entfällt der Zuschuss zur stationären Hospizversorgung aber nicht erst, wenn eine im Haushalt lebende Person die Versorgung übernehmen kann; es reicht vielmehr aus, wenn ambulante Hospizdienste dazu – im Haushalt oder der Familie des Versicherten – in der Lage sind⁵³. Das folgt aus dem Wortlaut der Vorschrift („im“), aus ihrer Struktur (anders als bei den §§ 37, 38 SGB V geht es bei § 39a Abs. 1 SGB V um Zuschüsse zu stationäreren Leistungen) sowie aus der Zielsetzung des Gesetzgebers des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes, der damit auch für diesen besonderen Leistungsbereich dem allgemein zu beachtenden GKV-Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung tragen wollte⁵⁴. Die dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung tragende Nachrangigkeit der stationären oder teilstationären Hospizversorgung folgt inhaltlich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V, das auch hier zu beachten ist. Wie bei der Krankenhausbehandlung kann davon ausgegangen werden, dass eine stationäre Unterbringung regelmäßig die höchsten Kosten verursacht⁵⁵. Dies gilt auch dann, wenn – wie bereits erwähnt – eine ambulante Versorgung nur bei Hinzuziehung eines ambulanten Hospizdienstes durchzuführen ist, wie es zumindest bis zu dem vom

⁵² Vgl. bereits oben zu Gliederungspunkt 2.4 und insbesondere unten zu den Gliederungspunkten 3.2.1 und 3.4

⁵³ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 11

⁵⁴ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 60

⁵⁵ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 24

Gesetzgeber angestrebten Bewusstseinswandel bei der Sterbebegleitung⁵⁶ häufig der Fall sein wird.

Kennzeichen des Haushalts ist die häusliche, wohnungsmäßige, familienhafte Wirtschaftsführung. Es muss sich um den Haushalt des Versicherten handeln, den er allein oder gemeinschaftlich mit ihm nahestehenden Personen unterhält. Von der Führung eines eigenen Haushalts lässt sich nur sprechen, wenn Wohnung und Hausrat im (Mit)-Besitz des Versicherten stehen und/oder dieser einen nicht unwesentlichen Teil der Haushaltskosten trägt⁵⁷.

2.6 Anspruch der Versicherten auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Hospizversorgung bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen (§ 39a Abs. 1 Satz 1 bis 3 SGB V)

Bei Vorliegen der vorgenannten Anspruchsvoraussetzungen haben Versicherte gem. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Hospizversorgung, dessen Höhe in den Sätzen 2 und 3 des § 39a Abs. 1 SGB V festgelegt ist. Hierbei handelt es sich um eine Pflichtleistung der Krankenkasse, deren Gewährung nicht im Ermessen der Krankenkasse steht⁵⁸. Im Einzelnen gilt danach Folgendes:

2.6.1 Anspruch auf einen Zuschuss in Form einer Geldleistung (§ 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Anders als bei der stationären Behandlung im Krankenhaus (vgl. § 39 SGB V), haben die Versicherten bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen keinen Anspruch auf stationäre oder teilstationäre Versorgung im Hospiz als Sach- oder Naturalleistung. Vielmehr begründet § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V lediglich einen Anspruch auf einen Zuschuss zu den erforderlichen finanziellen Leistungen im Rahmen der Hospiztätigkeit in Form einer Geldleistung⁵⁹. Der Zuschuss bezieht sich allerdings nur auf die vom Hospiz zur erbringenden Leistungen, deren Art und Umfang im Einzelnen in § 3 RV-1 beschrieben werden. Die ärztliche Behandlung sowie die zu erbringende Versorgung mit Heil-, Hilfs-, Arznei- und Verbandmitteln bleibt davon unberührt und wird dementsprechend nach den allgemeinen Grundsätzen als Sachleistung erbracht⁶⁰. Sofern die palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V nicht ausreichend ist, wird die spezialisierte palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 37b SGB V als Sachleistung übernommen (§ 3 Abs. 6 Satz 3 RV-1). Zur Vereinfachung der Zahlungsabwicklung zahlen die Krankenkassen ihre

⁵⁶ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 60

⁵⁷ Vgl. BSGE 30, 28 (30)

⁵⁸ Vgl. etwa Adelt, in: LPK-SGB V § 39a Rn. 17

⁵⁹ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 17; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 16; Jousen, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, § 39a SGB V Rn. 5; Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 7; Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 9; Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 13

⁶⁰ Vgl. § 3 Abs. 6 Satz 2 RV-1 sowie Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 7; Knispel, Beck-OK, § 39a Rn. 14; Jousen, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, § 39a SGB V Rn. 5

Anteile mit befreiender Wirkung an das Hospiz (vgl. § 7 Abs. 8 Satz 1 RV-1). Eine für den Versicherten kostenfreie Sachleistung der Krankenkasse scheidet aus, weil diese nur einen Teil der Kosten, die durch die Aufnahme in das Hospiz entstehen, zu tragen hat. § 39a Abs. 1 SGB V gewährt also – wie bereits aus dem Begriff des Zuschusses folgt – einen Finanzierungsbeitrag, der nicht die volle Höhe der entstehenden Kosten erreicht. Dies war vom Gesetzgeber des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997⁶¹ ausweislich der Gesetzesbegründung ausdrücklich gewollt, der statt auf eine Vollfinanzierung der stationären Hospize seitens der Krankenkassen neben einer Tragung der Kosten durch die Pflegeversicherung sowie durch Spenden und durch vielfältiges ehrenamtliches Engagement – jedenfalls zunächst – auch auf die Eigenleistung des Versicherten setzte⁶².

2.6.2 Höhe des Zuschusses (§ 39a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V)

Die Höhe des Zuschusses ist in § 39a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V geregelt.

2.6.2.1 Finanzierung der stationären und teilstationären Versorgung in Erwachsenenospizen

Die Bestimmung des § 39a Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V, derzufolge die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu 90 vom Hundert trägt, geht – wie bereits erwähnt⁶³ – auf Art. 15 Nr. 03 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009⁶⁴ zurück, mit dem die bisherige Finanzierungsregelung in § 39a Abs. 1 Satz 2 alter Fassung geändert und die Finanzierung stationärer Hospizleistungen mit Wirkung vom 23. Juli 2009 (vgl. Art. 19 Abs. 1 dieses Gesetzes) neu geregelt worden ist. Aufgrund dieser Änderung zahlen die Versicherten seit diesem Zeitpunkt über die in der GKV vorgesehenen Zuzahlungen für z.B. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel hinaus nun keinen Eigenanteil mehr für die Versorgung in stationären Hospizen. Die bisherige Finanzierungsregelung in § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V in der Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997, wonach die Höhe des Zuschusses von den Krankenkassen in der Satzung festzulegen war, hatte zuvor bundesweit zu einer sehr unterschiedlichen und für den Betroffenen selbst nicht kalkulierbaren Eigenbeteiligung des Versicherten geführt⁶⁵. Angesichts der Lebenssituation von Hospizbewohnern, die sich in der letzten Lebensphase befänden, sei – so heißt es in der Gesetzesbegründung⁶⁶ – eine Finanzierung der zuschussfähigen Kosten angemessen. Es bleibe aber

⁶¹ BGBl. I S. 1520

⁶² Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 61

⁶³ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.2.4

⁶⁴ BGBl. I S. 1990

⁶⁵ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – BT-Drs. 16/12256, 16/12677 – Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, in: BT-Drs. 16/13428, S. 89

⁶⁶ Vgl. BT-Drs. 16/13428, S. 89

dabei, dass Versicherte die in der GKV vorgesehenen Zuzahlungen (Praxisgebühr, Arzneimittelzuzahlung etc.) zu leisten hätten⁶⁷.

Die am 23. Juli 2009 in Kraft getretene Neuregelung des § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V sieht eine Finanzierung des zuschussfähigen Kosten vor. Die Krankenkassen tragen diese Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Zuschussfähig sind dabei – wie nach bisherigem Recht – 90 vom Hundert des von den Krankenkassen und den Hospizdiensten zu vereinbarenden tagesbezogenen Bedarfssatzes (vgl. hierzu im Einzelnen die in § 7 RV-1 getroffenen Regelungen). Den restlichen Anteil tragen die Hospize, insbesondere durch Spenden und Ehrenamt. Da die Versicherten – wie oben dargelegt – aufgrund des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 seit dem 23. Juli 2009 nun keinen Eigenanteil mehr für die Versorgung in stationären Hospizen zur zahlen brauchen, legt § 7 Abs. 6 Satz 3 Halbsatz 1 RV-1 ausdrücklich fest, dass Eigenanteile von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden dürfen. Darüber hinaus darf der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes der Patientin bzw. des Patienten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden (§ 7 Abs. 6 Satz 3 Halbsatz 2 RV-1).

§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V sieht vor, dass der von den Krankenkassen zu leistende Zuschuss kalendertäglich 7 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (ab 1. Januar 2010 178,85 €⁶⁸) nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten darf. Die Mindesthöhe des Zuschusses nach dieser Bestimmung betrug ursprünglich nur 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (§ 39a Satz 3 i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997⁶⁹). Mit der Festlegung dieser Untergrenze, die sich 1997 ungefähr an der Hälfte der durchschnittlichen Höhe der Krankenhauspflegesätze orientierte, sollte ausweislich der Gesetzesbegründung eine angemessene Beteiligung jeder Krankenkasse an den Kosten der Hospizversorgung sichergestellt werden⁷⁰. Die Anhebung der Mindestzuschussgrenze von 6 vom Hundert auf 7 vom Hundert gem. § 39a Abs. 1 Satz 3 SGB V in seiner derzeit gültigen Fassung beruht auf Art. 15 Nr. 03. Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009⁷¹ und soll nach der Gesetzesbegründung dazu beitragen, dass die Hospize einen auskömmlichen Zuschuss, d.h. im Regelfall nicht weniger als den vorgenannten Betrag als Zuschuss kalendertäglich pro Versichertem erhalten⁷².

⁶⁷ Vgl. BT-Drs. 16/13428, S. 89

⁶⁸ Nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2010 (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2010) vom 7. Dezember 2009 (BGBl. I S. 3846) beträgt die Bezugsgröße im Sinne des § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuches im Jahr 2010 monatlich 2.555 €.

⁶⁹ BGBl. I S. 1520

⁷⁰ Vgl. BT-Drs. 13/7264 S. 61

⁷¹ BGBl. I S. 1990

⁷² Vgl. BT-Drs. 16/13428 S. 89

Eine verminderte Untergrenze für Zuschüsse zur teilstationären Versorgung ist nicht bestimmt worden. Der Bundestags-Ausschuss für Gesundheit, der § 39a SGB V in den Entwurf des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes eingefügt hatte⁷³, hielt dies nicht für erforderlich⁷⁴. Die Beteiligung der Krankenkasse fällt also bei nur teilstationärer Aufnahme im Vergleich zum durchschnittlichen Krankenhaus-Pflegesatz proportional höher aus. Der Umstand, dass der Versicherte in diesen Fällen höhere Aufwendungen für seine Lebenshaltung im häuslichen Bereich zu tragen hat, rechtfertigt diese Mehrbelastung der Krankenkassen nicht⁷⁵.

Die Beschränkung der Leistung auf die tatsächlich entstandenen Kosten, die sich aus § 39a Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V ergibt, hat für die Fälle Bedeutung, in denen auch andere Sozialleistungsträger Leistungen erbringen. „Anrechnung“ dieser Leistungen bedeutet, dass die Krankenkasse ihren Zuschuss um denjenigen Betrag zu kürzen hat, um den die Leistungen aller Sozialleistungsträger zusammen die tatsächlichen Kosten übersteigen. Es sind somit die tatsächlichen Kosten zu ermitteln, in der Regel der vom Träger des Hospizes zulässig in Rechnung gestellte Betrag je Kalendertag, und davon die Leistungen anderer Träger abzuziehen, soweit durch ungekürztes Zusammentreffen mehr als die tatsächlichen Kosten an das Hospiz gezahlt würden⁷⁶. Bei der von § 39a Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V vorgesehenen Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger ist grundsätzlich auf die ausdrückliche oder aus den Umständen sich ergebende Leistungsbestimmung des anderen Leistungsträgers abzustellen, weil für dessen Leistung die jeweils für ihn geltenden speziellen Rechtsvorschriften maßgebend sind⁷⁷. Daher ist der Nachrang der Sozialhilfe gegenüber den Leistungen der GKV (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB XII⁷⁸) zu beachten; diese Leistungen sind nicht zu berücksichtigen⁷⁹. Die Bindungswirkung fremder Leistungsbestimmung ist Ausfluss der Gesamtsystematik der Hospizfinanzierung und beruht auf Sinn und Zweck der Anrechnungsregelung. Nicht ein Leistungsträger allein finanziert die stationäre Hospizversorgung mit einem Gesamtbetrag; vielmehr fließen mehrere Teilbeträge der an der Finanzierung beteiligten Sozialleistungsträger zusammen, für die die jeweiligen Bestimmungen maßgebend bleiben⁸⁰. Ist keine Leistungsbestimmung festzustellen, so kommt es auf den Zweck

⁷³ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.2.1

⁷⁴ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 61

⁷⁵ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 32

⁷⁶ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 14; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 33; vgl. auch BT-Drs. 13/7264 S. 61

⁷⁷ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 14a; Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 10

⁷⁸ Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Art. 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495)

⁷⁹ Vgl. Bundessozialgericht, SozR 4-2500, § 39a Nr. 1 Rn. 17, Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 9; Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 10

⁸⁰ Vgl. Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 10

der Sozialleistung an unter Berücksichtigung vom § 2 Abs. 2 Halbsatz 2 SGB I⁸¹, wonach soziale Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden sollen⁸².

Abgesehen von den vorgenannten Änderungen der Sätze 2 und 3 des § 39a Abs. 1 SGB V durch Art. 15 Nr. 03 Buchstabe a) Doppelbuchstaben aa) und bb) des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften ist es bei der Finanzierung stationärer Hospizleistungen im Übrigen bei dem bisherigem Verfahren geblieben. Der konkrete Versorgungsumfang wird – wie bereits erwähnt – in § 3 der auf Bundesebene abgeschlossenen Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13. März 1998 in der Fassung vom 14. April 2010 festgelegt. Der gemäß § 7 Abs. 1 RV-1 zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und den Hospizen bzw. deren Trägern schriftlich zu vereinbarenden leistungsgerechten tagesbezogenen Bedarfssatz für die Versorgung der Patientinnen und Patienten deckt nach § 7 Abs. 2 Satz 1 RV-1 alle in § 3 RV-1 genannten Leistungen des Hospizes bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung (§ 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V) ab. Dies schließt auch die Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die durch öffentliche Förderung nicht gedeckten Investitionskosten ein (§ 7 Abs. 2 Satz 2 RV-1). Bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes sind alle Parallelen zu stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI als Basis heranzuziehen (§ 7 Abs. 3 Satz 1 RV-1). Hierbei ist gemäß § 7 Abs. 3 Satz 2 RV-1 der besondere Personalbedarf der Hospize und der spezifische Personalbedarf der Kinderhospize in den Bereichen der palliativen Versorgung und sozialen Betreuung sowie bei der Befähigung und der Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu berücksichtigen.

Insgesamt ist damit festzustellen, dass die Finanzierung der zuschussfähigen Kosten in § 39a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V seit der am 23. Juli 2009 in Kraft getretenen Neuregelung durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften der Vergütung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V entspricht, die ebenfalls ohne Eigenanteil der Versicherten erbracht wird⁸³.

2.6.2.2 Sonderregelung für die Finanzierung von Kinderhospizen

Wegen der gegenüber anderen Hospizen höheren Infrastruktur- und Personalkosten hat die Krankenkasse gem. § 39a Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V in seiner derzeit gültigen Fassung die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert zu tragen. Die Regelung, dass Kinderhospize mit einem Eigenanteil von nur fünf Prozent der zuschussfähigen Kosten belastet bleiben, geht auf Art. 1 Nr. 25 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007⁸⁴

⁸¹ Erstes Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (Art. 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Art. 7 Abs. 5 des Gesetzes vom 7. Juli 2009 (BGBl. I S. 1707)

⁸² Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 14a

⁸³ Vgl. BT-Drs. 16/13428, S. 89

⁸⁴ BGBl. I S. 378

zurück, durch den mit Wirkung vom 1. April 2007 (vgl. Art. 46 Abs. 1 GKV-WSG) ein neuer Satz 5 in den § 39a Abs. 1 SGB V mit dem Ziel eingeführt worden ist, die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder zu verbessern⁸⁵. Nach § 39a Abs. 1 Satz 5 SGB V in seiner bis zum 22. Juli 2009 geltenden Fassung war in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vorzusehen, dass Kinderhospize mit nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben. In der Gesetzesbegründung wird diesbezüglich darauf hingewiesen, die gegenüber anderen Hospizen höheren Infrastruktur- und Personalkosten von Kinderhospizen könnten dadurch entstehen, dass in die Hospizarbeit Familienangehörige des Kindes einbezogen würden. Darüber hinaus könnten durch eine längere Verweildauer oder einen Wechsel zwischen stationärem Hospiz und der Versorgung an einem anderen Ort, weitere Besonderheiten zu berücksichtigen seien⁸⁶. Ziel der Neuregelung sei es, den Ausbau der Kinderhospizarbeit zu unterstützen und insbesondere die Abhängigkeit von Spenden und ehrenamtlicher Mitarbeit für stationäre Kinderhospize zu verringern. Der Kostenanteil, der nicht über die Krankenkasse, die Pflegeversicherung oder gegebenenfalls durch die Sozialhilfe getragen werde, solle deshalb nur noch höchstens fünf Prozent der vertraglich vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssätze ausmachen. Ein vollständiger Verzicht auf einen Anteil an den Kosten würde – so heißt es in der Gesetzesbegründung weiter – allerdings dem Hospizgedanken zuwiderlaufen, der im Wesentlichen auf ehrenamtlichem Engagement beruhe⁸⁷.

Durch Art. 15 Nr. 03. Buchstabe a) Doppelbuchstaben aa) und cc) des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009⁸⁸ wurden die Sätze 2 und 5 des § 39a Abs. 1 SGB V mit Wirkung vom 23. Juli 2009 geändert. Seit diesem Zeitpunkt findet sich die Regelung, dass Kinderhospize nur mit einem Eigenanteil von maximal fünf Prozent der zuschussfähigen Kosten belastet werden, nicht mehr in Satz 5, sondern in Satz 2 des § 39a Abs. 1 SGB V.

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, dass gesetzlich Versicherte aufgrund der oben näher beschriebenen Neuregelung der Finanzierung stationärer Hospizleistungen durch das vorgenannte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften seit dem 23. Juli 2009 – ebenso wie in Erwachsenen hospizen – auch für die Versorgung in einem Kinderhospiz nunmehr keinen Eigenanteil mehr zahlen.

⁸⁵ Vgl. die Gesetzesbegründung in BT-Drs. 16/3100, S. 106

⁸⁶ Vgl. BT-Drs. 16/100, S. 106

⁸⁷ Vgl. BT-Drs. 16/100, S. 106

⁸⁸ BGBl. I S. 1990

-
- 2.7 Vereinbarungen über Art und Umfang der stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen (§ 39a Abs. 1 Satz 4 bis 9 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998 in der Fassung vom 14. April 2010)
- 2.7.1 Allgemeines zur Bedeutung des § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V und zu der auf dieser Rechtsgrundlage abgeschlossenen Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998 i.d.F. vom 14. April 2010

Wie bereits mehrfach angesprochen vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen⁸⁹ gem. § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Noch auf der gesetzlichen Grundlage des § 39a Satz 4 SGB V i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997⁹⁰ haben die (damaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen am 13. März 1998 eine „Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Versorgung“ abgeschlossen, die zum 1. Mai 1998 in Kraft getreten ist und i.d.F. vom 9. Februar 1999 zunächst unverändert bis zum 22. Juli 2009 galt. Mit Wirkung vom 23. Juli 2009 ist diese Vereinbarung – wie bereits erwähnt – durch die zwischen dem GKV-Spitzenverband⁹¹ und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossene „Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung“ vom 13. März 1998, in der Fassung vom 14. April 2010⁹², abgelöst worden (vgl. § 8 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung neuer Fassung). Danach gilt Folgendes:

2.7.1.1 Funktion des § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V

Mit § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V hat der Gesetzgeber die (rechtlich verpflichtende) Ermächtigung bestimmter Partner und Beteiligter geschaffen, „das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1“ zu „vereinbaren“. Diese Norm reiht sich damit in das allgemeine Regelungssystem und -instrumentarium des Rechts der GKV ein, das die Rechtskreise des Leistungs- und

⁸⁹ Durch Art. 2 Nr. 6 Buchstabe a) i.V.m. Art. 46 Abs. 9 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) wurde § 39a Abs. 1 Satz 4 mit Wirkung vom 1. Juli 2008 an die neue Verbandsstruktur der Krankenkassen angepasst. Seit diesem Zeitpunkt trägt Abs. 1 Satz 4 damit dem Umstand Rechnung, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen ab dem 1. Juli 2008 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgelöst worden sind; vgl. hierzu bereits oben zu Gliederungspunkt 2.1.3

⁹⁰ BGBl. I S. 1520

⁹¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

⁹² Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, in der Fassung vom 14. April 2010, abrufbar im Internet unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_%C2%A739a_Abs.1_Satz4_14042010_13593.pdf; beigefügt als Anlage 4

Leistungserbringungsrechts unterscheidet. Dem Letzteren gehört auch § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V an⁹³. In entsprechenden Teilsystemen (vgl. vor allem §§ 72 Abs. 2, 82 ff., 88, 109 ff., 115 ff., 125, 127, 129, 131, 135a, 137 SGB V) geht es jeweils um die Konkretisierung von Gesetzesrecht durch spezifische Handlungsformen korporativer und kollektiver Art (paritätische Selbstverwaltung im weiteren Sinne), insbesondere in Form von Verträgen⁹⁴. Gemeinsame Grundlage dafür ist der den Krankenkassen und Leistungserbringern in § 70 SGB V erteilte Auftrag zur Gewährleistung von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten. Diese Steuerungsfunktion für das Leistungserbringungsrecht hat übergreifende Wirkungen (auch) für das Leistungsrecht⁹⁵. Das ergibt sich aus dem funktionalen und inhaltlichen Zusammenhang zwischen beiden Rechtskreisen (vgl. §§ 2 Abs. 1 bis 4 SGB V, § 12 Abs. 1 SGB V für sog. Naturalleistungen und § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V für die Kostenerstattung) und dem Zweck des im SGB V allgemein angelegten Rechtskonkretisierungssystems⁹⁶. Dieses Konzept wird ausdrücklich auch mit § 39a Abs. 1 SGB V verfolgt. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V gewährt – wie bereits erwähnt⁹⁷ – auch bei Vorliegen der gesetzlich normierten Voraussetzungen einen Zuschuss ausdrücklich nur „im Rahmen der Verträge nach Satz 4“, durch die „das Nähere über Art und Umfang der Versorgung“ bestimmt werden soll. Die Formulierung „im Rahmen“ in § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V ist hier nicht nur dahin zu verstehen, dass ein dem Grunde nach bestehender Zuschussanspruch inhaltlich näher bestimmt werden kann. Diese Regelung bedeutet vielmehr zugleich, dass die Vertragspartner, d.h. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, die personellen und institutionellen Voraussetzungen der Zuschusszahlung konkretisieren, d.h. Näheres darüber festlegen können, in welchen Fällen und in welchen Einrichtungen die (teil-)stationäre Versorgung den Anspruch auf einen Zuschuss nach § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V auslöst.

Auch die Gesetzesbegründung, die der Bundestagsausschuss für Gesundheit seiner Beschlussempfehlung zu § 39a Satz 1 SGB V i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 beigefügt hat⁹⁸, geht davon aus, dass durch die Konkretisierung der Leistungen in den Verträgen gleichzeitig auch der Personenkreis der anspruchsberechtigten Versicherten näher bestimmt werde. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bestehen – wie bereits erwähnt⁹⁹ – keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken dagegen, dass der Gesetzgeber dem

⁹³ Vgl. Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 70; Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 1

⁹⁴ Allgemein zu Normsetzungsverträgen im Sozialversicherungsrecht, vgl. z.B. Sodan, Normsetzungsverträge im Sozialversicherungsrecht, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS), 1998, S. 305 - 313 mit weiteren Nachweisen

⁹⁵ Allgemein dazu Ebsen, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrecht, Band 1: Krankenversicherungsrecht, § 7 Rn. 1 ff.

⁹⁶ Vgl. Noftz, in: Noftz/Hauck, § 39a SGB V Rn. 70; Noftz, Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht nach Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR), 1997, S. 393 (405, 424 ff.) mit weiteren Nachweisen

⁹⁷ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.5.1

⁹⁸ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 61

⁹⁹ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.5.1

Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Seiten der stationären Hospize die Konkretisierung von Art und Umfang der Versorgung übertragen hat, zumal der Gesetzgeber den wesentlichen Inhalt einschließlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf Zuschuss im Falle stationärer Hospizleistungen selbst hinreichend festgelegt hat¹⁰⁰.

2.7.1.2 Rechtsnatur des Rahmenvertrages nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V

Vor allem – auf regionaler bzw. lokaler Ebene in begrenztem Umfang ausfüllungsbedürftige – Rahmenverträge auf Bundesebene – dem Modell des arbeitsrechtlichen Rahmentarifvertrags nachgebildet – haben nach allgemeiner und zutreffender Ansicht wegen ihres generell-abstrakten Inhalts und ihrer Funktion Normcharakter, und zwar ungeachtet einer eventuellen zivilrechtlichen Natur¹⁰¹. Jedenfalls soweit darin (nur) Versorgungsmodalitäten wie die Art und Weise der Leistungserbringung, Qualitätserfordernisse oder Ähnliches geregelt werden, sind (kompetenzrechtliche und inhaltliche) Bedenken aufgrund von Art. 12 Abs. 1 Satz 2 Grundgesetz und Art. 14 Abs. 1 Satz 2 Grundgesetz bezüglich der einzelnen Leistungserbringer grundsätzlich nicht gegeben, ebenso wenig hinsichtlich der Versicherten¹⁰².

Von der Struktur einer Rahmenvereinbarung geht auch § 39a Abs. 1 SGB V aus. Der Gesetzgeber des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes hat zwar eine ausdrückliche Qualifizierung dieser Art vermieden. Hintergrund dafür waren kompetenzrechtliche Erwägungen, die bei einer Mitgestaltung länderspezifische Modalitäten gebotene Zustimmung des Bundesrats zu vermeiden¹⁰³. In § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V ist indessen (im Plural) von „Verträgen“ die Rede; zumindest ein Versorgungsvertrag, als dessen verbindlicher Bestandteil der Rahmenvertrag nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V wirkt, kann nur auf örtlicher Ebene zwischen einem einzelnen Hospiz und einer Krankenkasse geschlossen werden. Trotz fehlender (spezieller) gesetzlicher Ermächtigung hinsichtlich der Form und des Inhalts von Verträgen auf Landesebene bestehen gegen deren Wirksamkeit zwischen den Beteiligten auf der Grundlage des Rahmenvertrages und des Grundsatzes der Vertragsfreiheit (vgl. § 311 Bürgerliches Gesetzbuch¹⁰⁴, §§ 53 Abs. 1 und 55 Abs. 1 SGB X¹⁰⁵) aber keine prinzipiellen Bedenken¹⁰⁶.

¹⁰⁰ Vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2005 – B 1 KR 26/04 R Rn. 14, abrufbar unter www.juris.de = BSG SozR 4-2500 § 39a SGB V Nr. 1 Rn 14; die Literatur hat dem zugestimmt, vgl. z.B. Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 23; Noftz, in: Noftz/Hauck, § 39a SGB V Rn. 70; Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 4

¹⁰¹ Bezüglich der §§ 125 und 127 SGB V vgl. Bundessozialgericht, in: BSGE 79, 28 (29f., 33, 38); Bundessozialgericht SozR 3-2500 § 125 SGB V Nr. 6; Ebsen, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, § 7 Rn. 142 qualifiziert Versorgungsverträge unabhängig vom Status der Vertragsparteien dagegen stets als öffentlich-rechtlich; vgl. auch Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 11, der die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V als eine öffentlich-rechtliche Vereinbarung ansieht

¹⁰² Vgl. Noftz, in: Noftz/Hauck, § 39a SGB V Rn. 71 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung und Literatur

¹⁰³ Vgl. Sing, Die 3. Stufe der Gesundheitsreform: Auswirkungen auf die Krankenhäuser, in: DOK 1997, 447 (452); Noftz, in: Noftz/Hauck, § 39a SGB V Rn. 72

¹⁰⁴ Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 28. September (BGBl. I S. 3161).

2.7.1.3 Vertragsparteien und Beteiligte der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V

Als Vertragspartner der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V bestimmt das Gesetz den „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ und die „für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen“. Zu Letzteren gehören neben dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. (früher: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz) nach der Gesetzesbegründung zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz auch die Wohlfahrtsverbände und die Spitzenorganisationen der Sozialhilfeträger¹⁰⁷. Seit dem 1. Juli 2008 ist – wie bereits erwähnt – an die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen getreten (vgl. § 217a i.V.m. § 217f Abs. 1 SGB V, jeweils eingefügt durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007).

Nach § 39a Abs. 1 Satz 6 SGB V ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vor Abschluss der Rahmenvereinbarung nach Satz 4 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Grundlage hierfür ist, dass die ärztliche Behandlung im Hospiz zumeist durch Vertragsärzte erfolgt und damit Teil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist¹⁰⁸. Eine Einbeziehung des Inhalts der Stellungnahme der KBV in die zu schließende Vereinbarung ist – anders als etwa für die Entscheidung nach § 40 Abs. 7 SGB V (vgl. dessen Satz 2, letzter Halbsatz) – nicht vorgeschrieben; sie ist jedoch anzustreben¹⁰⁹. Die heutige Regelung in § 39a Abs. 1 Satz 6 SGB V bildete ursprünglich den zweiten Halbsatz des § 39a Satz 4 i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes. Mit Wirkung vom 1. April 2007 ist sie durch Art. 1 Nr. 25 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007¹¹⁰ zu Abs. 1 Satz 6 verselbstständigt worden.

2.7.1.4 Die auf der Grundlage des § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V abgeschlossene Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998 in der Fassung vom 14. April 2010

Die nunmehr auf der Grundlage des § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossene „Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung“ vom 13. März 1998, i.d.F. vom 14. April 2010, legt neben einer Begriffsdefinition stationärer Hospize (§ 1 RV-1) unter anderem den leistungsberechtigten Personenkreis (§ 2 RV-1), den Versorgungsumfang (§ 3

¹⁰⁵ Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (Art. 1 des Gesetzes vom 18. August 1980, BGBl. I S. 1469 und Art. 1 des Gesetzes vom 4. November 1982, BGBl. I S. 1450) i.d.F. der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I 130), zuletzt geändert durch Art. 4 Abs. 15 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2258)

¹⁰⁶ Vgl. Noftz, in: Noftz/Hauck, § 39a SGB V Rn. 72

¹⁰⁷ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 61

¹⁰⁸ so die Begründung im Ausschussbericht zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz, in: BT-Drs. 13/7264, S. 61

¹⁰⁹ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 36

¹¹⁰ BGBl. I S. 2378

RV-1), die Qualitätsanforderungen (§ 4 RV-1) sowie die vertraglichen Beziehungen (§ 5 RV-1) und die Vergütungsgrundsätze (§ 7 RV-1) fest. Die Festlegung der strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen dient auch der Abgrenzung zur Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen¹¹¹.

Im Hinblick auf die Neuregelung der Finanzierung stationärer Hospizleistungen in den Sätzen 2 und 3 des § 39a Abs. 1 SGB V durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009, die Besonderheiten bei der Versorgung in Kinderhospizen gem. § 39a Abs. 1 Satz 5 SGB V und die Etablierung des Schiedsverfahrens gem. § 39a Abs. 1 Satz 7 bis 9 bedurfte die noch auf der Grundlage des § 39a Satz 4 SGB V i.d.F. des GKV-Neuordnungsgesetzes abgeschlossene und bis zum 22. Juli 2009 maßgebliche Rahmenvereinbarung vom 13. März 1998, in der Fassung vom 19. Februar 1999, dringend einer Anpassung an die gesetzlichen Vorgaben¹¹². Mit der rückwirkend zum 23. Juli 2009 in Kraft getretenen Neufassung der Rahmenvereinbarung vom 14. April 2010 haben die Vertragsparteien, also der „Spitzenverband Bund“ und die „für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen“ diesem Anpassungsbedarf nunmehr Rechnung getragen.

2.7.2 Beachtung der besonderen Belange der Versorgung in Kinderhospizen (§ 39a Abs. 1 Satz 5 SGB V)

Der durch Art. 1 Nr. 25 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007¹¹³ mit Wirkung vom 1. April 2007 eingefügte Satz 5 des § 39a Abs. 1 SGB V, dessen zweiter Halbsatz durch Art. 15 Nr. 03. Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009¹¹⁴ mit Wirkung vom 23. Juli 2009 gestrichen wurde¹¹⁵, verlangt, dass in den Vereinbarungen nach Satz 4 den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung getragen wird. Zweck der Regelung ist es, die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder zu verbessern¹¹⁶. Dazu sind die auf Bundesebene bestehenden Rahmenvereinbarungen zu stationären Hospizen nach Inhalt, Art, Umfang und Qualität so auszugestalten, dass sie den besonderen Belangen von Kindern ausreichend Rechnung tragen¹¹⁷. Die Gesetzesbegründung weist diesbezüglich darauf hin, dass dabei die gegenüber anderen Hospizen höheren Infrastruktur- und Personalkosten von besonderer Bedeutung sein können. Diese könnten auch durch Einbeziehung von Familienangehörigen des Kindes in die Hospizarbeit entstehen und darüber hinaus durch eine

¹¹¹ Vgl. Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 7

¹¹² vgl. Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 13.

¹¹³ BGBl. I S. 378

¹¹⁴ BGBl. I S. 1990

¹¹⁵ Vgl. hierzu näher oben zu Gliederungspunkt 2.6.2.2

¹¹⁶ Vgl. die Gesetzesbegründung in BT-Drs. 16/3100, S. 106

¹¹⁷ Vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 106

längere Verweildauer oder einen Wechsel zwischen stationärem Hospiz und der Versorgung an einem anderen Ort¹¹⁸.

In der am 14. April 2010 neugefassten Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V wird den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen nunmehr unter anderem dadurch Rechnung getragen, dass Kinderhospize nach der Präambel auf die besonderen Bedürfnisse und Wünsche von Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen und ihren Familien bereits ab Diagnosestellung auszurichten sind. § 2 Abs. 2 Satz 2 RV-1 legt – wie bereits erwähnt – außerdem fest, dass eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung von Kindern in Kinderhospizen – über die in § 2 Abs. 2 Satz 1 RV-1 genannten Krankheitsbildern hinaus – zusätzlich dann begründet ist, wenn bei ihnen Stoffwechselerkrankungen, die schon im Kindes- oder Jugendalter in der Regel zum Tode führen oder genetisch bedingte Erkrankungen, Immunerkrankungen und Fehlbildungen mit lebensverkürzender Prognose diagnostiziert werden. Nach § 3 Abs. 1 RV-1 werden in Kinderhospizen neben palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen, sozialen und therapeutischen unter anderem auch pädagogische Leistungen erbracht. Zudem soll in Kinderhospizen die Mitaufnahme von Eltern und Geschwistern möglich sein (§ 3 Abs. 3 Satz 3 RV-1). Die Betreuung und Beschäftigung der Kinder im Kinderhospiz richtet sich gemäß § 3 Abs. 9 nach ihrem Entwicklungsstand und ihren individuellen Bedürfnissen und schließt die Geschwister mit ein. Schließlich tragen auch die in § 4 RV-1 geregelten Qualitätsanforderungen den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen Rechnung.

2.7.3 Schiedsverfahren (§ 39a Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V)

Nach § 39a Abs. 1 Satz 7 SGB V ist in den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese gem. § 39a Abs. 1 Satz 8 SGB V von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen (§ 39a Abs. 1 Satz 9 SGB V). Die vorgenannten Regelungen zum Schiedsverfahren, die erst im Zuge der Beratungen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) aufgenommen wurden¹¹⁹, sind durch Art. 1 Nr. 25 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007¹²⁰ dem Absatz 1 des § 39a SGB V angefügt worden und mit Wirkung vom 1. April 2007 (vgl. Art. 46 Abs. 1 GKV-WSG) in Kraft getreten.

Kritisch ist anzumerken, dass die in Satz 7 getroffene Regelung eine gewisse Inkonsistenz aufweist, wenn sie von „nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen“ spricht, weist doch Satz 1 ausdrücklich und nur auf „Verträge nach Satz 4“ hin, die wiederum von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen abzuschließen sind. Nach dem Wort-

¹¹⁸ Vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 106

¹¹⁹ Vgl. die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) in BT-Drs. 16/4200, S. 23 und den Bericht in BT-Drs. 16/4247, S. 34

¹²⁰ BGBl. I S. 378

laut der Vorschrift könnte man annehmen, dass durch Satz 7 den Krankenkassen eine Aufgabe zugewiesen werden sollte; allerdings führt dies zu einem nicht auflösbaren Zuständigkeitskonflikt oder einem untergeordneten Nebeneinander von Verträgen mit gleichartigem Inhalt. Sinnvoller erscheint es den Begriff der „Krankenkassen“ in Satz 7 als „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ zu lesen und zu verstehen. Gleiches gilt hinsichtlich des in Satz 7 verwendeten Begriffs „Hospize“; auch wird man Hospize als die maßgeblichen Spitzenorganisationen im Sinne des Satzes 4 verstehen müssen¹²¹. Auch die Begründung des Ausschusses für Gesundheit, derzufolge mit den Sätzen 7 bis 9 des § 39a Abs. 1 SGB V für den Fall, dass sich Krankenkassen und Hospize bei den Vertragsverhandlungen nicht einigen, eine Schiedsmöglichkeit eröffnet werde¹²², führt zu keinem anderen Verständnis. Sie spricht, auch weil sie für die Regelungen in den Sätzen 7 bis 9 formuliert ist, erkennbar nur davon, dass eine Schiedsregelung eingeführt werden soll; sie spricht dagegen nicht von dem Ziel, weitere Verträge zu vereinbaren. Das gilt schließlich umso mehr, als den Krankenkassen nur die Aufgabe der Gewährung des Zuschusses an die Versicherten (vgl. Satz 1) zugewiesen ist¹²³. Einigen sich die Vertragsparteien des Satzes 4 nicht auf eine Schiedsperson nach Satz 7, bestimmt diese gem. Satz 8 die Aufsichtsbehörde der „vertragschließenden Krankenkasse“. Im Sinne der vorgenannten Erwägungen zu Satz 7 ist damit die Aufsichtsbehörde des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, also das Bundesministerium für Gesundheit (vgl. § 217d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V) gemeint¹²⁴.

3 Förderung ambulanter Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010)

3.1 Ziel der ambulanten Hospizarbeit

Ziel der stationären Hospizarbeit ist es, palliativ-medizinische Behandlung und Pflege anzubieten, die die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt. Die Mehrzahl der Sterbenskranken wünscht sich allerdings, zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung sterben zu dürfen. Jedoch nimmt die Zahl der allein stehenden Menschen kontinuierlich zu, auch Angehörige fühlen sich mit der schweren Aufgabe, Sterbende zu Hause zu begleiten, überfordert. Sterbende und Angehörige brauchen deshalb Begleitung und Unterstützung, insbesondere benötigen die sterbenden Menschen eine schmerztherapeutische Behandlung, psychosoziale und spirituelle Unterstützung sowie eine Entlastung im Alltag.

Ziel der ambulanten Hospizarbeit ist es, die Lebensqualität sterbender Menschen zu verbessern. Im Vordergrund der ambulanten Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen sowie die Familie in diesem Prozess zu begleiten, zu entlasten und zu unterstützen.

¹²¹ Vgl. Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 29

¹²² Vgl. den Bericht des Ausschusses für Gesundheit in BT-Drs. 16/4247, S. 34

¹²³ Vgl. Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 30

¹²⁴ Vgl. Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 12; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 31

Die Wünsche und Bedürfnisse der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum der Hospizarbeit. Wesentlicher Bestandteil ist das Engagement Ehrenamtlicher. Durch ihr qualifiziertes Engagement leisten sie ebenso wie professionelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen unverzichtbaren Beitrag zur Teilnahme des sterbenden Menschen und der ihm nahe Stehenden am Leben.

Die ambulante Hospizarbeit leistet einen Beitrag dazu, dass der palliative Versorgungsbedarf in seiner Art und von seinem Umfang her durch den Einsatz ehrenamtlich tätiger Personen und weiterer ambulanter Versorgungsformen (z.B. vertragsärztliche Versorgung) erfüllt werden kann. Das Angebot der ambulanten Hospizdienste richtet sich an sterbende Menschen, die an einer Erkrankung leiden, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung nach dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht zu erwarten ist, bei der der sterbende Mensch eine palliative Versorgung und eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung wünscht und die sich bei Kindern nach dem aktuellen medizinischen Stand als lebensverkürzend auswirkt¹²⁵.

3.2 Normgeschichte des § 39a Abs. 2 SGB V

3.2.1 Einführung einer Pflicht der Krankenkassen zur Förderung ambulanter Hospizdienste durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 mit Wirkung vom 01. Januar 2002

Ambulante Hospizdienste, die Sterbende in ihrer Häuslichkeit betreuen, wurden durch die Bestimmung des § 39a SGB V i.d.F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997¹²⁶ zunächst nicht erfasst¹²⁷. Der Abs. 2 des § 39a SGB V, der die Krankenkassen nunmehr auch zur Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste verpflichtet¹²⁸, wurde – unter entsprechender Änderung der Überschrift und des ursprünglichen Textes als Abs. 1¹²⁹ – vielmehr erst durch Art. 2 Nr. 3 des Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Be-

¹²⁵ Vgl. die Präambel der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002, i.d.F. vom 14. April 2010, abrufbar im Internet unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_%C2%A739a_Abs.2_Satz7_14042010_13592.pdf; beigelegt als Anlage 5

¹²⁶ BGBl. I S. 1520

¹²⁷ Zur Normgeschichte des § 39a Abs. 1 SGB V vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.2

¹²⁸ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu den übereinstimmenden Entwürfen der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen und der Bundesregierung zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (BT-14/6949 bzw. 14/7154) in BT-Drs. 14/7473, S. 22

¹²⁹ Vgl. hierzu bereits oben zu Gliederungspunkt 2.2.2

treuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) vom 14. Dezember 2001¹³⁰ mit Wirkung vom 1. Januar 2002 (vgl. Art. 6 Abs. 2 PflEG) eingeführt.

Mit der Vorschrift des § 39a Abs. 2 SGB V hat der Gesetzgeber einen weiteren Teil des bei der Einführung der stationären Leistungen zum 1. Januar 1997 formulierten eher gesellschaftspolitischen Gesamtkonzepts realisiert, wonach der Hospizgedanke auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft verbreitet und jedem der Zugang zu bislang verschütteten Fähigkeiten einer Sterbegleitung gerade im häuslichen Bereich eröffnet werden sollte¹³¹. § 39a Abs. 2 SGB V sieht demgemäß vor, dass die Erbringung ambulanter Hospizleistungen gefördert wird¹³². Anders als § 39a Abs. 1 SGB V und entgegen möglicherweise durch die Überschrift des § 39a SGB V geweckter Erwartungen begründet Abs. 2 jedoch keinen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten auf Leistungen¹³³. Sie beschränkt sich vielmehr auf die Verpflichtung der Krankenkassen, ambulante Hospizdienste durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten zu fördern.

Die Einfügung des Absatzes 2 des § 39a SGB V durch Art. 2 Nr. 3 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001¹³⁴ geht auf einen Änderungsantrag der Koalitions-Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen während der Beratungen im Ausschuss für Gesundheit zurück¹³⁵. Die übereinstimmenden Gesetzentwürfe der Koalitions-Fraktionen und der Bundesregierung zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz¹³⁶ enthielten diese Ergänzung noch nicht. Der Änderungsantrag orientierte sich an einem Gesetzentwurf des Bundesrates¹³⁷, dem ein Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 9./10. Juni 1999 vorausgegangen war¹³⁸. In diesem Beschluss hatten sich die Länder einstimmig für eine Förderung der ambulanten Sterbegleitung im Hause der Kranken ausgesprochen und ein entsprechendes Ersuchen an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtet. Die Länder Baden-Württemberg, Bayern und Rhein-

¹³⁰ BGBl. I S. 3728

¹³¹ Vgl. BT-Drs. 13/7264, S. 60

¹³² Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) in BT-Drs. 14/7473, S. 22

¹³³ Vgl. z.B. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 16; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 7; Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 2; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 33

¹³⁴ BGBl. I S. 3728

¹³⁵ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) in BT-Drs. 14/7473, S. 13 f. und 16 f.

¹³⁶ Vgl. BT-Drs. 14/6949 und 14/7154

¹³⁷ Gesetzentwurf des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit, in: BT-Drs. 14/6754

¹³⁸ Vgl. hierzu Schiffer, Finanzierung ambulanter (ehrenamtlicher) Hospizarbeit – Aufgabe einer solidarischen Krankenversicherung?, in: die Ersatzkasse (Zeitschrift), 2001, S. 438 (440 f.)

land-Pfalz riefen den Bundesrat mit entsprechenden Gesetzesinitiativen an¹³⁹, der sie zusammenfasste und einen Gesetzentwurf zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit einbrachte¹⁴⁰. Das Anliegen dieses Gesetzentwurfs wurde auf den vorgenannten Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen zum Entwurf eines Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes¹⁴¹ in das Vorhaben integriert und vom Bundestags-Ausschuss für Gesundheit empfohlen¹⁴²; seine Empfehlung wurde in das Gesetz aufgenommen.

3.2.2 Änderungen des § 39a Abs. 2 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 mit Wirkung vom 1. April 2007 und 1. Juli 2008

Durch Art. 1 Nr. 25 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) i.V.m. Artikel 46 Abs. 1 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007¹⁴³ wurden mit Wirkung vom 1. April 2007 in Satz 1 des § 39a Abs. 2 SGB V nach dem Wort „Haushalt“ ein Komma eingefügt und die Wörter „oder der Familie“ durch die Wörter „der Familie oder stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt. Mit dieser Änderung des § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V, die auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zurückgeht¹⁴⁴, soll nach der Gesetzesbegründung auch in stationären Pflegeeinrichtungen eine ambulante Hospizbetreuung gewährleistet werden, um den Betroffenen ein Verbleiben in diesen Einrichtungen bei qualifizierter Sterbebegleitung zu ermöglichen¹⁴⁵. Darüber hinaus ist dem Absatz 2 des § 39a SGB V durch Art. 1 Nr. 25 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – entsprechend dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG¹⁴⁶ - ein (neuer) Satz 7 (heute: Satz 8) angefügt worden, demzufolge in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V alter Fassung (heute: § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V) zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen ist. Nach Art. 46 Abs. 1 GKV-WSG i.V.m. den übrigen Absätzen dieser Vorschrift ist auch diese Änderung zum 1. April 2007 in Kraft getreten. Mit Wirkung vom 1. Juli 2008 wurde der (damalige) Satz 6 des § 39a Abs. 2 SGB V durch Art. 2 Nr. 6 Buchstabe b) i.V.m. Art. 46 Abs. 9 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

¹³⁹ Vgl. BR-Drs. 407/00

¹⁴⁰ Vgl. BT-Drs. 14/6754 vom 26. Juli 2001

¹⁴¹ BT-Drs. 14/6949

¹⁴² Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) in BT-Drs. 14/7473, S. 13 f., 17 unter IV.A und S. 22 – Nr. 11 zu Art. 2

¹⁴³ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378

¹⁴⁴ Vgl. BT-Drs. 16/4200, S. 23

¹⁴⁵ Vgl. den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) in BT-Drs. 16/4247, S. 34 zu Art. 1 Nr. 25 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)

¹⁴⁶ Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), in BT-Drs. 16/3100, S. 11

ebenfalls an die neue Verbandsstruktur der Krankenkassen angepasst¹⁴⁷. Seit diesem Zeitpunkt trägt damit auch die Bestimmung des § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V (heute: § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V) dem Umstand Rechnung, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen ab dem 1. Juli 2008 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgelöst worden sind.

3.2.3 Änderungen des § 39a Abs. 2 SGB V durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 mit Wirkung vom 23. Juli 2009

Mit Wirkung vom 23. Juli 2009 wurde durch Art. 15 Nr. 03. Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) i.V.m. Art. 19 Abs. 1 des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009¹⁴⁸ der Satz 1 des § 39a Abs. 2 SGB V neu gefasst. Aufgrund dieser Änderung, die auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zurückgeht¹⁴⁹, können ambulante Hospizleistungen seit diesem Zeitpunkt nun auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden. Die genannten Einrichtungen würden – so heißt es in der Gesetzesbegründung¹⁵⁰ – von den Versicherten in gleicher Weise als vertraute Umgebung empfunden wie die Häuslichkeit und die stationären Pflegeeinrichtungen, in denen ambulante Hospizleistungen bereits bisher erbracht werden könnten. Diese Ausdehnung entspricht der durch Art. 3 Nr. 1 Buchstabe a) des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 17. März 2009¹⁵¹ zum 25. März 2009 (vgl. Art. 5 Abs. 1 KHRG) eingeführten Regelung bei der sog. spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gem. § 37b SGB V.

Ebenfalls mit Wirkung vom 23. Juli 2009 wurden durch Art. 15 Nr. 03. Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) i.V.m. Art. 19 Abs. 1 des vorgenannten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 die Sätze 4 und 5 des § 39a Abs. 2 SGB V durch die neuen Sätze 4 bis 6 ersetzt und dadurch die bisherigen Sätze 6 und 7 die neuen Sätze 7 und 8 des § 39a Abs. 2 SGB V. Mit der am 23. Juli 2009 in Kraft getretenen Neuregelung in den Sätzen 4 bis 6 des § 39a Abs. 2 SGB V hat der Gesetzgeber die Finanzierung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen auf eine grundlegend neue Basis gestellt. Die finanzielle Förderung ambulanter Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V erfolgt gemäß Satz 4 zwar wie bisher durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. Statt der bisherigen Regelung in § 39a Abs. 2 Satz 5 alter Fassung, die einen versichertenbezogenen Zuschuss in Höhe von zuletzt 0,42 Euro pro Versichertem und Jahr vorsah, erhalten die ambulanten Hospizdienste nunmehr einen festen Zuschuss zu den Personalkosten. Dieser beträgt gemäß § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB

¹⁴⁷ Zur entsprechenden Änderung des § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V durch Art. 2 Nr. 6 Buchstabe a) i.V.m. Art. 46 Abs. 9 des GKV-WSG zum 1. Juli 2008 vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.2.3

¹⁴⁸ BGBl. I S. 1990

¹⁴⁹ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – BT-Drs. 16/12256, 16/12677 – Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, in BT-Drs. 16/13428, S. 56 f., 89 f.

¹⁵⁰ Vgl. BT-Drs. 16/13428, S. 89

¹⁵¹ Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17. März 2009, BGBl. I S. 534

V 11% der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (ab 1. Januar 2010 281,05 €). Maßgeblich für die Berechnung des Zuschusses sind gemäß Satz 5 dabei sog. Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zur Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Bezugnahme auf Leistungseinheiten entspricht weitgehend der schon vor dem 23. Juli 2009 maßgeblichen Bezugsgröße, wie sie in § 39a Abs. 2 Satz 4 in der Fassung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 und in § 6 Abs. 2 Satz 1 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V alter Fassung zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002, i.d.F. vom 17. Januar 2006, geregelt war¹⁵². Nach § 39a Abs. 2 Satz 6 Halbsatz 2 SGB V dürfen die Ausgaben für die Förderung die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nach wie vor nicht überschreiten. Der nunmehr von den Kassen bundesweit einheitlich zur Verfügung zu stellende Euro-Betrag in Höhe von 11% der monatlichen Bezugsgröße je Leistungseinheit trägt bezogen auf die Finanzierung der ambulanten Hospizdienste der steigenden Nachfrage nach Begleitungen Rechnung und beendet die Ungleichbehandlung in der Finanzierung durch unterschiedlich hohe Beträge pro Leistungseinheit in den einzelnen Bundesländern bzw. Regionen¹⁵³. Nach der Gesetzesbegründung schafft die vorgenannte Neuregelung für alle Beteiligten Planungssicherheit und stellt eine leistungsgerechte Vergütung sicher¹⁵⁴.

3.3 Die derzeit geltende Fassung des § 39a Abs. 2 SGB V im Wortlaut

Die Bestimmung des § 39a Abs. 2 SGB V, die zuletzt durch den vorgenannten Art. 15 Nr. 03. Buchstabe b) des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009¹⁵⁵ mit Wirkung vom 23. Juli 2009 geändert worden ist, hat in ihrer derzeit gültigen Fassung folgenden Wortlaut:

„Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und ei-

¹⁵² vgl. hierzu näher unten zu Gliederungspunkt 3.6.2

¹⁵³ Vgl. die Information des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes über die vom Deutschen Bundestag am 18. Juni 2009 beschlossene Neuordnung der Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizarbeit gem. § 39a Abs. 1 und 2 SGB V vom 29. Juni 2009, S. 6, abrufbar im Internet unter http://www.hospiz.net/stamhole/pdf/stat-amb_p39a-sgb5_info.pdf

¹⁵⁴ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 16/13428, S. 90

¹⁵⁵ BGBl. I S. 1990, 2014

ne Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen.“

3.4 Normzweck des § 39a Abs. 2 SGB V

Die mit Wirkung vom 1. Januar 2002 durch Art. 2 Nr. 3 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001¹⁵⁶ eingeführte Vorschrift des § 39a Abs. 2 SGB V sieht – wie bereits erwähnt – eine Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen vor¹⁵⁷. Durch eine Bezuschussung der ambulanten Hospizdienste durch die gesetzliche Krankenversicherung soll dem Anliegen der Hospizarbeit, vorrangig ein Sterben zu Hause zu ermöglichen, Rechnung getragen und zugleich der kostengünstigere ambulante Bereich gestärkt werden¹⁵⁸. Die Neuregelung verdeutlicht, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch im Hospizbereich Geltung hat¹⁵⁹. Die Bundesregierung hatte schon in ihrer Stellungnahme zum Entwurf des Bundesrates für ein Gesetz zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit darauf hingewiesen, dass auch sie diesen Grundsatz im Rahmen der Hospizversorgung verankern wolle und dazu einen eigenen Gesetzentwurf vorbereite¹⁶⁰.

¹⁵⁶ BGBl. I S. 3728, 3732

¹⁵⁷ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit, in BT-Drs. 14/7473, S. 22

¹⁵⁸ Vgl. die Begründung zum Entwurf des Bundesrates für ein Gesetz zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit, BT-Drs. 14/6754, S. 8, der – wie oben näher dargelegt – den Anstoß für die Anfügung des Absatzes 2 während der Ausschuss-Beratungen zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz gegeben hat; vgl. hierzu näher oben zu Gliederungspunkt 3.2.1

¹⁵⁹ Vgl. die Begründung des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in BT-Drs. 14/7473, S. 22

¹⁶⁰ Vgl. BT-Drs. 14/6754, S. 9

Ziel des vorgenannten Gesetzentwurfs des Bundesrates, der – wie bereits erwähnt¹⁶¹ – Länderinitiativen zusammenfasste, war es nicht, die mitmenschliche Zuwendung, die in der Sterbebegleitung selbst geleistet wird, irgendeiner Vergütung zuzuführen. Vielmehr sollten die Rahmenbedingungen der eigentlichen Hospizarbeit gesichert werden¹⁶². Es gehe – so wird in der Entwurfsbegründung weiter ausgeführt – dem Bundesrat darum, den ambulanten Hospizdiensten einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, die für die Gewinnung, Vorbereitung, Koordination und Begleitung ehrenamtlicher Hospizkräfte, für die Vernetzung mit anderen Diensten sowie für palliativ-pflegerische Beratung entstünden, von Seiten der Krankenkassen zukommen zu lassen. Mit der Zuschussregelung i.V.m. den angemessenen Personalkosten werde dem Umstand Rechnung getragen, dass es sich bei der ambulanten Hospizarbeit um eine gesellschaftliche Aufgabe handle, deren Förderung nicht ausschließlich den Kassen zugewiesen werden dürfe¹⁶³. Hinweise darauf, dass der Bundestagsausschuss für Gesundheit und der seinen Vorschlägen folgende Gesetzgeber von grundlegend anderen Zielvorstellungen ausgegangen ist, bestehen nicht¹⁶⁴.

Nach der Begründung des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz ergänzt die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung im Rahmen der ambulanten Hospizdienste gem. § 39a Abs. 2 SGB V die Behandlungs- und Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im häuslichen Bereich, die die GKV insbesondere in Form von vertragsärztlicher Behandlung und häuslicher Krankenpflege (vgl. § 37 SGB V) erbringt. Einen Rechtsanspruch des einzelnen Versicherten gegen die Krankenkassen auf diese ergänzenden „Leistungen“ begründet § 39a Abs. 2 SGB V – wie bereits ausgeführt – allerdings nicht. Die Förderung ambulanter Hospizdienste durch Gewährung angemessener Zuschüsse ist wie die der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nach § 20c SGB V vielmehr als eine institutionelle angelegt¹⁶⁵. Die Zuschusszahlungen der Krankenkassen an ambulante Hospizdienste verringern damit lediglich die Kostenlast der Betroffenen, wirken sich also nur mittelbar aus¹⁶⁶. Um wen es sich dabei handelt, ergibt sich aus § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V¹⁶⁷. In Betracht kommen nur Versicherte, die weder einer Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V noch einer voll- oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz gem. § 39a Abs. 1 SGB V bedürfen.

Nach dem Bericht des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz werden die Behandlungs- und Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im

¹⁶¹ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.2.1

¹⁶² Vgl. die schon angeführte Gesetzesbegründung in BT-Drs. 14/6754, S. 1 und 8

¹⁶³ Vgl. BT-Drs. 14/6754, S. 2

¹⁶⁴ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 6a

¹⁶⁵ Vgl. z.B. Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 2; Adelt, in: LPK-SGB V § 39a Rn. 33; Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 76

¹⁶⁶ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 7

¹⁶⁷ Vgl. auch insoweit die Gesetzesbegründung des Bundestagsausschusses für Gesundheit in BT-Drs. 14/7473, S. 22

häuslichen Bereich durch § 39a Abs. 2 SGB V um einen „nichtmedizinischen Aspekt“ ergänzt¹⁶⁸. Dieser Zielvorstellung entspricht die „Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit“ vom 3. September 2002, i.d.F. vom 14. April 2010¹⁶⁹. Ihr § 3 Abs. 1 Satz 1 bestimmt, dass ambulante Hospizdienste Sterbebegleitung sowie palliativ-pflegerische Beratung zu erbringen haben. In Abs. 3 Satz 2 der genannten Vorschrift ist von der „psychosozialen Beratung von sterbenden Menschen und deren Angehörigen“ die Rede. Die Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) bleibt nach § 3 Abs. 1 Satz 3 der Rahmenvereinbarung ausdrücklich den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und den zugelassenen Pflegediensten (vgl. 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) vorbehalten. § 39a Abs. 2 SGB V unterscheidet sich damit wesentlich von der Versorgung in stationären Hospizen, in denen gem. § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V „palliativ-medizinische Behandlung“ erbracht wird¹⁷⁰.

3.5 Voraussetzungen der Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen (§ 39a Abs. 2 Satz 1 bis 3 i.V.m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V vom 3. September 2002, in der Fassung vom 14. April 2010)

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen sind in § 39a Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB V festgelegt und werden durch die auf der Grundlage des § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband¹⁷¹ und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossene „Rahmenvereinbarung zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit“ vom 3. September 2002, i.d.F. vom 14. April 2010 (im Folgenden: RV-2) konkretisiert, die die noch auf der Grundlage des § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V in der Fassung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 abgeschlossene Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002, in der Fassung vom 17. Januar 2006, abgelöst hat und die rückwirkend zum 1. Januar 2010 in Kraft getreten ist (vgl. § 8 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung in der Fassung vom 14. April 2010).

3.5.1 Allgemeine Anforderungen an die ambulanten Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 Satz 1 i.V.m. der Rahmenvereinbarung)

Die an die Förderung ambulanter Hospizdienste zu stellenden allgemeinen Anforderungen sind in § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V geregelt. Nach dieser Bestimmung hat die Krankenkasse ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtli-

¹⁶⁸ Vgl. BT-Drs. 14/7473, S. 22

¹⁶⁹ abrufbar im Internet unter http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_%C2%A739a_Abs.2_Satz7_14042010_13592.pdf; beigelegt als Anlage 5

¹⁷⁰ Vgl. hierzu eingehend oben zu Gliederungspunkt 2.5.2.2

¹⁷¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

che Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen.

3.5.1.1 Begriff des ambulanten Hospizdienstes im Sinne des § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V

Regelungsgegenstand des § 39a Abs. 2 SGB V ist die Förderung „ambulanten Hospizdienste“. „Ambulant“ steht im Rahmen von § 39a SGB V im begrifflichen Gegensatz zu „stationär“ und „teilstationär“. Das ergibt sich aus dem klaren Wortlaut der Regelungen in § 39a Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V sowie dem systematischen Verhältnis dieser beiden Vorschriften. „Ambulant“ heißt demnach, dass die Leistung ohne Unterbringung (Aufnahme) und Verpflegung erbracht wird¹⁷².

3.5.1.2 Personenkreis der betroffenen Versicherten

Da nach den Zielsetzungen des Gesetzgebers durch Abs. 2 nur die ambulante Sterbebegleitung zu fördern ist, sind die Förderungsvoraussetzungen nach Satz 1 nur dann erfüllt, wenn sich die zu betreuenden Versicherten im Endstadium einer Erkrankung befinden und weder einer Krankenhausbehandlung noch einer stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V bedürfen, weil diese Leistungen für die sterbenskranken Menschen nicht mehr erfolgversprechend sind¹⁷³. In der Präambel der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010 wird dementsprechend darauf hingewiesen, dass sich das Angebot der ambulanten Hospizdienste an sterbende Menschen richtet, die an einer Erkrankung leiden, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und bei der eine Heilung nach dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht zu erwarten ist. Zur Erforderlichkeit einer stationären oder teilstationären Hospizversorgung im Sinne des § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V als negative Anspruchsvoraussetzung im Rahmen des § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V sowie zum Ausschluss des Anspruchs auf Förderung bei Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V wird auf die vorangegangenen Ausführungen verwiesen¹⁷⁴.

Soweit Ansprüche auf Krankenhausbehandlung oder stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen bestehen, gehen diese der ambulanten Sterbebegleitung vor. Ein Versicherter, der mangels eines Anspruchs auf Krankenhausbehandlung oder Zuschussgewährung zu stationärer oder teilstationärer Hospizversorgung für die Versorgung durch einen ambulanten Hospizdienst bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen in Frage kommt, hat indes – wie bereits erwähnt – gleichwohl keinen Rechtsanspruch gegen seine Krankenkasse etwa in Gestalt eines Sachleis-

¹⁷² Vgl. Noftz, in Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 75

¹⁷³ Vgl. Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 11; Beyer, in: jurisPK-SGB V, § 39a Rn. 61; Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 20; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 34; vgl. auch die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in BT-Drs. 14/7473, S. 22

¹⁷⁴ Vgl. oben zu den Gliederungspunkten 2.5.3 und 2.5.4

tungs- oder Kostenerstattungsanspruchs. § 39a Abs. 2 SGB V räumt dem Versicherten keinen Leistungsanspruch gegen die Krankenkassen auf ambulante Hospizversorgung ein. Die Vorschrift beschränkt sich vielmehr – strukturell der Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gem. § 20c SGB V nachgebildet – auf eine finanzielle Förderungspflicht der Krankenkassen, die – weil auf „ambulante Hospizdienste“ bezogen – institutioneller Art ist¹⁷⁵.

3.5.1.3 Erbringung qualifizierter ehrenamtlicher Sterbebegleitung

Entsprechend ihrem Zweck setzt die Förderung gem. Satz 1 weiterhin voraus, dass der ambulante Hospizdienst „qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung“ erbringt. Danach gilt Folgendes:

Unter „Sterbebegleitung“ ist hier die – Angehörige und Bezugspersonen des sterbenden Menschen nach Möglichkeit einbeziehende (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 2 RV-2) – geistig-seelische Betreuung nichtmedizinischer Art zu verstehen¹⁷⁶. Die Behandlung körperlicher Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) obliegt demgegenüber den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und den zugelassenen Pflegediensten (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 3 RV-2). Daher ist die über § 39a Abs. 2 SGB V geförderte ambulante Sterbebegleitung auch zu unterscheiden von der primär medizinisch ausgerichteten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach dem zum 1. April 2007 eingeführten § 37b SGB V.

Die geforderte „Ehrenamtlichkeit“ der Sterbebegleitung beruht auf dem oben¹⁷⁷ näher erläuterten gesellschaftspolitischen Konzept des Gesetzgebers. Die Regelung hat zur Folge, dass es sich nicht um eine berufsmäßige oder zu Erwerbszwecken ausgeübte Sterbebegleitung handeln darf. Damit sich genügend geeignete ehrenamtliche Kräfte zur Verfügung stellen, ist die Zahlung einer angemessenen Aufwandsentschädigung jedoch unschädlich¹⁷⁸. Derartige Aufwandsentschädigungen stellen keine Bezahlung für die Ausübung des Ehrenamtes dar.

Mit dem Erfordernis einer „qualifizierten“ ehrenamtlichen Sterbebegleitung schließt Satz 1 eine völlig laienhafte Tätigkeit ohne jede Anleitung und Überwachung aus. Es muss daher die für eine verantwortbare Betreuung erforderliche Qualifikation der ehrenamtlichen Kräfte erreicht werden. Diese wird gewährleistet durch die in Satz 2 und 3 des § 39a Abs. 2 SGB V genannten qualitativen und organisatorischen Förderungsvoraussetzungen, nämlich der Zusammenarbeit mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten (Satz 2 Nr. 1) sowie der Übernahme der fachlichen Verantwortung und der Beratung durch Fachkräfte (Satz 2 Nr. 2 und Satz 3)¹⁷⁹.

¹⁷⁵ Vgl. etwa Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 76; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 34

¹⁷⁶ Vgl. etwa Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 17; Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 15; Jousen, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, § 39a SGB V Rn. 7

¹⁷⁷ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.2.1

¹⁷⁸ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 18; Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 11; Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 15; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 36

¹⁷⁹ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 21; zur Befähigung ehrenamtlicher Hospizhelfer vergleiche den Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medi-

3.5.1.4 Orte der Leistungserbringung

Die von der Förderung erfassten ambulanten Hospizdienste haben die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung nach Satz 1 im Haushalt des Versicherten, in seiner Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zu erbringen.

Nach der Ursprungsfassung des Satzes 1 durch Artikel 2 Nr. 3 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001¹⁸⁰ waren zunächst nur ambulante Dienste förderungsberechtigt, die eine derartige Sterbebegleitung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten erbrachten. Aufgrund der Gesetzesänderung durch Artikel 1 Nr. 25 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007¹⁸¹ lässt Satz 1 seit dem 1. April 2007 eine ambulante Hospizbetreuung nun auch in stationären Pflegeeinrichtungen zu, um den Betroffenen ein Verbleiben in diesen Einrichtungen bei qualifizierter Sterbebegleitung zu ermöglichen¹⁸². Das entspricht der Rechtslage bei der primär medizinisch ausgerichteten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Abs. 2 SGB V, die ebenfalls in stationären Pflegeeinrichtungen geleistet werden darf. Unter stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 39b Abs. 2 Satz 1 SGB V sind Einrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 SGB XI zu verstehen, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach § 72 Abs. 2 SGB XI zur Erbringung von Leistungen stationärer Pflege zugelassen sind¹⁸³.

Aufgrund einer weiteren Änderung des Satzes 1 des § 39a Abs. 2 SGB V durch Art. 15 Nr. 03. Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009¹⁸⁴ können ambulante Hospizleistungen seit dem 23. Juli 2009 jetzt auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden. Nach der Gesetzesbegründung werden diese Einrichtungen von den Versicherten in gleicher Weise als vertraute Umgebung empfunden wie die Häuslichkeit und die stationären Pflegeeinrichtungen, in denen ambulante Hospizleistungen bereits vorher erbracht werden konnten¹⁸⁵. Diese Ausdehnung entspricht der durch das Krankenhausfinanzie-

zin: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, in: BT-Drs. 15/5858, S. 30 f. unter Gliederungspunkt 6.4

¹⁸⁰ BGBl. I S. 3728

¹⁸¹ BGBl. I S. 378

¹⁸² Vgl. die Gesetzesbegründung im Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), in BT-Drs. 16/4247, S. 34

¹⁸³ Vgl. Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 37; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 44

¹⁸⁴ BGBl. I S. 1990, 2014

¹⁸⁵ Vgl. die Gesetzesbegründung in der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit in BT-Drs. 16/13428, S. 89

rungsreformgesetz vom 17. März 2009¹⁸⁶ zum 1. April 2009 eingeführten Regelung bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V.

3.5.2 Organisatorische und qualitative Anforderungen an die ambulanten Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 Satz 2 bis 3 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002)

Die in den Sätzen 2 und 3 des § 39a Abs. 2 SGB V im Einzelnen beschriebenen organisatorischen Anforderungen an den ambulanten Hospizdienst sollen die Qualität der ehrenamtlichen Sterbegleitung sicherstellen und dabei insbesondere verhindern, dass zwingende medizinische Aspekte unberücksichtigt bleiben¹⁸⁷. Verlangt wird daher in Satz 2 Nr. 1 die Zusammenarbeit mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten. Zum Begriff der palliativ-medizinischen Behandlung wird auf die vorangegangenen Ausführungen verwiesen¹⁸⁸. Zusammenarbeit zwischen ambulanten Hospizdienst und palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten setzt unter anderem ein gewisses organisiertes und koordiniertes Maß an aufeinander abgestimmten Tätigkeiten voraus und muss belegbar sein. Kooperierende Pflegedienste und Ärzte sollten palliativ-medizinische Erfahrungen belegen können¹⁸⁹. Zusammenarbeit meint dabei ein Zusammenwirken mit Einrichtungen und Personen, die nicht dem ambulanten Hospizdienst eingliedert, sondern unabhängig von diesem tätig sind. Ausformulierte vertragliche Regelungen über die Zusammenarbeit schreibt das Gesetz nicht vor, sind aber schon zu Nachweiszwecken empfehlenswert und könnten auch durch Vereinbarungen nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zur Förderungsvoraussetzung gemacht werden. Die Zusammenarbeit betrifft Aufgaben, die nicht von den ehrenamtlich tätigen Laien übernommen werden können. Die Erfüllung dieser Aufgaben muss dem Hospizdienst keine Kosten verursachen. Es kann sich auch um Leistungen handeln, die auf andere Weise, insbesondere im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, aber auch der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V vergütet werden¹⁹⁰.

Satz 2 Nr. 2 des § 39a Abs. 2 SGB V verlangt ferner, dass der ambulante Hospizdienst unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht. Diese Fachkräfte müssen über eine mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügen und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen. Die an eine fachlich verantwortliche Kraft zu stellenden personellen Mindestvoraussetzungen sind im Einzelnen in § 5 Abs. 1 und 2 RV-2 geregelt. Eine abgeschlossene Ausbildung in Medizin, Psychologie oder Theologie, die der erste Entwurf der Vereinbarung noch einbezogen hatte,

¹⁸⁶ Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17. März 2009, BGBl I S.534

¹⁸⁷ Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 22; vgl. auch die Gesetzesbegründung in der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in BT-Drs. 14/7473, S. 22

¹⁸⁸ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 2.5.2.2

¹⁸⁹ Vgl. Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 40

¹⁹⁰ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 45

reicht nicht ohne weiteres aus. Bei Absolventen solcher Ausbildungsgänge ist vielmehr eine Einzelfallprüfung erforderlich (vgl. § 5 Abs. 2 Buchstabe a) zweiter Halbsatz RV-2. Fachliche Verantwortung im Sinne des § 39b Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V bedeutet, dass die verantwortliche Person die fachlichen Entscheidungen innerhalb des Hospizdienstes trifft¹⁹¹.

Nach § 39a Abs. 2 Satz 3 SGB V hat der ambulante Hospizdienst schließlich durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte eine palliativ-pflegerische Beratung der sterbenden Menschen zu erbringen und die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicherzustellen. Die der Fachkraft nach Satz 3 des § 39a Abs. 2 SGB V obliegenden Aufgaben werden durch § 3 Abs. 3 RV-2 näher konkretisiert.

3.6 Anspruch ambulanter Hospizdienste auf Förderung in Form eines Zuschusses zu den Personalkosten bei Vorliegen der gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen (§ 39a Abs. 2 Satz 4 bis 6 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010)

3.6.1 Förderungspflicht der Krankenkassen (§ 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V)

Bei Vorliegen der vorgenannten gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen¹⁹² haben ambulante Hospizdienste gemäß § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Förderung gegen die Krankenkassen. Die Förderung der ambulanten Hospizdienste gemäß § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist eine gesetzliche Pflichtaufgabe der Krankenkassen, der sich die Krankenkassen nicht entziehen können¹⁹³. Anders als § 39a Abs. 1 SGB V und entgegen möglicherweise durch die Überschrift des § 39a SGB V geweckter Erwartungen räumt § 39a Abs. 2 SGB V den Versicherten also keinen individuellen Leistungsanspruch gegen die Krankenkassen auf ambulante Hospizversorgung ein. Sie beschränkt sich vielmehr auf eine finanzielle Förderungspflicht der Krankenkassen, die – weil auf „ambulante Hospizdienste“ bezogen – institutioneller Art ist¹⁹⁴. Die Zuschusszahlungen der Krankenkassen an ambulante Hospizdienste wirken sich allerdings mittelbar auch auf die Kostenlast der Betroffenen aus, weil die Zahlungen Dritter naturgemäß den Betrag mindern, den die Versicherten selbst für die Sterbebegleitung in ihrem Haushalt, ihrer Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zu erbringen haben¹⁹⁵.

¹⁹¹ Vgl. Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a SGB V Rn. 42

¹⁹² Zu den vertraglichen Voraussetzungen nach der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 vgl. ergänzend unten zu Gliederungspunkt 3.7.3

¹⁹³ Vgl. etwa Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 44; Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 17; Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 24

¹⁹⁴ Vgl. Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 76; Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 39a SGB V Rn. 16; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn 7; Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 2; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 33, 34

¹⁹⁵ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 7 und 43

Rechtssystematisch betrachtet gehört die Bestimmung des § 39a Abs. 2 SGB V daher eher in das vierte Kapitel des SGB V, in dem die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern geregelt sind¹⁹⁶.

3.6.2 Anspruch ambulanter Hospizdienste auf einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten (§ 39a Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V)

Die Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen erfolgt gemäß § 39a Abs. 2 Satz 4 SGB V in Form eines angemessenen Zuschusses zu den notwendigen Personalkosten. Diese fallen nur für die im ambulanten Hospizdienst tätigen Fachkräfte nach § 39a Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 und Satz 3 SGB V, nicht aber für die ehrenamtlich Tätigen, an¹⁹⁷. § 6 Abs. 1 Satz 2 RV-2 legt hierzu ausdrücklich fest, dass die Förderung als Zuschuss zu den Personalkosten der Fachkräfte für die palliativ-pflegerische Beratung sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen erfolgt. Zu den Personalkosten zählen nach § 6 Abs. 1 Satz 3 RV-2 auch Kosten für die Fort- und Weiterbildung der bereits tätigen Fachkräfte. Wird die Schulung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) der ehrenamtlichen Personen nicht durch die Fachkraft des ambulanten Hospizdienstes, sondern durch eine entsprechend qualifizierte externe Kraft erbracht, können gemäß § 6 Abs. 1 Satz 4 RV-2 die dafür dem ambulanten Hospizdienst entstehenden Kosten ebenfalls gefördert werden.

Durch die in § 39a Abs. 2 Satz 4 SGB V festgelegte Beschränkung des Zuschusses auf die notwendigen Personalkosten ambulanter Hospizdienste wird klargestellt, dass andere Kosten der Hospizdienste, wie zum Beispiel Sachkosten für Räume oder Büromaterial, nicht zuschussfähig sind¹⁹⁸. Dass dementsprechend auch Mittel für Verwaltungsaufgaben wie beispielsweise den Kontakt mit Bestattungsunternehmen und die zu leistende Trauerarbeit sowie Palliativberatung und die Beratung von Alten- und Pflegeheimen nicht förderungsfähig sind, wird zum Teil als reformbedürftig angesehen¹⁹⁹. Demgegenüber ist aber zu bedenken, dass sich eine Vollfinanzierung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen mit dem Gedanken der Ehrenamtlichkeit nicht vereinbaren ließe²⁰⁰. Die Vorschrift des § 39a Abs. 2 SGB V bezweckt ausweislich der Gesetzesbegründung²⁰¹ lediglich eine Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen. Mit der Zuschussre-

¹⁹⁶ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 43

¹⁹⁷ Vgl. Jousen, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, § 39a SGB V Rn. 8; Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 79

¹⁹⁸ Vgl. etwa Wagner, in: Wagner/Knittel, § 39a SGB V Rn. 12; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 44; Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 18

¹⁹⁹ Vgl. etwa den Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, in: BT-Drs. 15/5858, S. 34

²⁰⁰ Vgl. vgl. Kingreen, in: Becker/Kingreen, § 39a SGB V Rn. 18

²⁰¹ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, in: BT-Drs. 14/7473, S. 22

gelung in Verbindung mit den angemessenen Personalkosten soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass es sich bei der ambulanten Hospizarbeit um eine gesellschaftliche Aufgabe handelt, deren Förderung nicht ausschließlich den Kassen zugewiesen werden darf²⁰².

Bezugsgröße für die Berechnung des Zuschusses sind – wie bereits erwähnt²⁰³ – gemäß § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V sogenannte Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Auch nach der Neuregelung der Finanzierung ambulanter Hospizdienste durch Art. 15 Nr. 03. Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) i.V.m. Art. 19 Abs. 1 des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009²⁰⁴ mit Wirkung vom 23. Juli 2009²⁰⁵ wird für die Angemessenheit des Zuschusses im Sinne des Absatzes 2 Satz 4 damit auf die schon bisher maßgebliche Bezugsgröße abgestellt. Im Unterschied zu dem bis zum 22. Juli 2009 geltenden Recht handelt es sich bei der Bestimmung des § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V neuer Fassung nun aber um eine abschließende Regelung. Nach der bis zu diesem Zeitpunkt maßgeblichen Vorschrift des § 39a Abs. 2 Satz 4 SGB V in der Fassung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001²⁰⁶ erfolgte die Förderung demgegenüber durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, der sich „insbesondere“ nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmte. Dieser Maßstab war für die Krankenkasse zwar verpflichtend, im Hinblick auf die Formulierung „insbesondere“ jedoch nicht abschließend zu verstehen, so dass auch andere sachliche Parameter ergänzend zur Bestimmung der Angemessenheit des Zuschusses herangezogen werden konnten²⁰⁷.

Die Bezugnahme auf Leistungseinheiten in § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 entspricht auch der bisherigen Bezugsgröße, wie sie in § 6 Abs. 2 Satz 1 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V alter Fassung zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002, in der Fassung vom 17. Januar 2006 geregelt war²⁰⁸. Wie der auf der Grundlage von Leistungseinheiten zu ermittelnde Förderbetrag seit dem 1. Januar 2010 zu errechnen ist, ergibt sich aus den in § 6 Abs. 2 Satz 2 - 4 der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010 getroffenen

²⁰² Vgl. die Begründung zum Gesetzentwurf des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit, in BT-Drs. 14/6754, S. 2, an dem sich der Bundestags-Ausschuss für Gesundheit bei seiner Beschlussempfehlung zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz orientiert hat, vgl. BT-Drs. 14/7473, S. 22

²⁰³ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.2.3

²⁰⁴ BGBl. I S. 1990

²⁰⁵ Vgl. hierzu bereits oben zu Gliederungspunkt 3.2.3

²⁰⁶ BGBl. I S. 3728

²⁰⁷ Vgl. Jousen, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, § 39a SGB V Rn. 8; Noftz, in: Hauck/Noftz, § 39a SGB V Rn. 80; Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 45

²⁰⁸ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, in BT-Drs. 16/13428, S. 89 f.

Regelungen. Wegen der diesbezüglichen Einzelheiten wird auf die nachfolgenden Ausführungen²⁰⁹ verwiesen.

3.6.3 Gesetzliche Festlegungen zur Höhe des Zuschusses (§ 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V)

3.6.3.1 Rechtslage bis zum 22. Juli 2009

Als weiteren Bemessungsfaktor für die Angemessenheit des Zuschusses legte § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V in der Fassung des Art. 2 Nr. 3 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) vom 14. Dezember 2001²¹⁰ ein versichertenbezogenes Gesamtbudget fest. Nach dieser Bestimmung, die nach ihrem Inkrafttreten am 1. Januar 2002 (vgl. Art. 6 Abs. 2 PflEG) bis zum 22. Juli 2009 zunächst unverändert blieb, sollten die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung ambulanter Hospizdienste insgesamt im Jahr 2002 für jeden ihrer Versicherten 0,15 Euro umfassen und jährlich um 0,05 Euro bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 ansteigen (Satz 5 Halbsatz 1). Ab dem Jahr 2008 war dieser Betrag entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (also einheitlich für das gesamte Bundesgebiet) anzupassen. § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V alter Fassung ist wörtlich aus dem Gesetzentwurf des Bundesrates zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit²¹¹ übernommen worden. Nach der Begründung zu diesem Gesetzentwurf des Bundesrates diene die jährliche Steigerung des Förderbetrags von 0,15 Euro im Jahr 2002 bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 dem Zweck, den ambulanten Hospizdiensten eine Anpassung ihrer Strukturen und Arbeitsweisen zu ermöglichen²¹². Weitere Finanzierungsquellen seien etwa Mitgliedsbeiträge, Spenden, Sponsorengelder und Zuschüsse öffentlicher Gebietskörperschaften²¹³. Da es sich bei § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V alter Fassung um eine Soll-Vorschrift handelte, konnte der Gesamtbetrag bei Vorliegen besonderer Gründe auch niedriger bemessen werden. Das galt zum Beispiel dann, wenn nur ein einzelner ambulanter Hospizdienst zu bezuschussen gewesen wäre und die vorgegebene Regelhöhe das Maß des Angemessenen überstiegen hätte²¹⁴. Festgelegt war lediglich die Gesamthöhe der Ausgaben. Waren Zuschüsse an unterschiedliche Hospizdienste zu leisten, konnte der prozentual jeweils auf sie entfallende Anteil im Einzelfall unter- bzw. überschritten werden²¹⁵. Nach § 6 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der bis zum 31. Dezember 2009 maßgeblichen Fassung vom 17. Januar 2006²¹⁶

²⁰⁹ Vgl. unten zu Gliederungspunkt 3.7.3.6

²¹⁰ BGBl. I S. 3728

²¹¹ BT-Drs. 14/6754, S. 7

²¹² Vgl. BT-Drs. 14/6754, S. 8

²¹³ Vgl. BT-Drs. 14/6754, S.8

²¹⁴ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 50

²¹⁵ Vgl. Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39a SGB V Rn. 50

²¹⁶ Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V (alter Fassung) zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002, in der Fassung vom 17. Januar 2006

ergab sich das Fördervolumen der jeweiligen Krankenkasse aus der aufgrund der amtlichen Statistiken KM 1/KM 6 zum 1. Juli des Vorjahres ermittelten Zahl ihrer Versicherten multipliziert mit dem in § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V alter Fassung genannten Betrag.

3.6.3.2 Rechtslage seit dem 23. Juli 2009

Wie bereits erwähnt²¹⁷ hat der Gesetzgeber die Finanzierung ambulanter Hospizdienste mit Wirkung vom 23. Juli 2009 durch Art. 15 Nr. 03. Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) i.V.m. Art. 19 Abs. 1 des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009²¹⁸ neu geregelt. Die finanzielle Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen nach § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V erfolgt seit diesem Zeitpunkt gemäß Satz 4 zwar wie bisher durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten²¹⁹. Statt der bisherigen Regelung in § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V alter Fassung, die – wie dargelegt – einen versichertenbezogenen Zuschuss in Höhe von zuletzt 0,42 Euro pro Versichertem und Jahr vorsah, erhalten die ambulanten Hospizdienste nunmehr einen festen Zuschuss zu den Personalkosten. Dieser beträgt gemäß § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V neuer Fassung 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (281,05 Euro in 2010). Maßgeblich für die Berechnung des Zuschusses ist dabei gemäß § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V neuer Fassung die sogenannte Leistungseinheit, d.h. das Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen. Die Festlegung einer Gesamtfördersumme – so die Gesetzeslage bis zum 22. Juli 2009 – ist damit entfallen. Die Bezugnahme auf Leistungseinheiten entspricht demgegenüber weitgehend der bisherigen Regelung in § 39a Abs. 2 Satz 4 SGB V alter Fassung und dem bisherigen Verfahren nach § 6 Abs. 2 Satz 1 der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002, in der Fassung vom 17. Januar 2006. Gemäß § 39a Abs. 2 Satz 6 Halbsatz 2 SGB V dürfen die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nach wie vor nicht überschreiten. In der Gesetzesbegründung zu § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V in seiner jetzt gültigen Fassung wird ausgeführt, die bisherige – versichertenbezogene – Regelung habe zu Fehlentwicklungen geführt. Insbesondere seien die Vergütungen in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich gewesen. Darüber hinaus seien Teile der von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Mittel nicht abgerufen worden. Die Neuregelung schaffe für alle Beteiligten Planungssicherheit und stelle eine leistungsgerechte Vergütung sicher²²⁰.

²¹⁷ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.2.3

²¹⁸ BGBl. I S. 1990, 2014

²¹⁹ Vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.6.2

²²⁰ Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften in BT-Drs. 16/13428, S. 89 f.

3.7 Konkretisierende Vereinbarungen zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit (§ 39a Abs. 2 Satz 7 - 8 SGB V i.V.m. der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 i.d.F. vom 14. April 2010)

3.7.1 Konkretisierungsauftrag an die Spitzenorganisationen (§ 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V)

Wie bereits mehrfach angesprochen vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen²²¹ gemäß § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Die Vereinbarungen sind auf Bundesebene zu treffen. Nach der Gesetzesbegründung ist es den Krankenkassen und den Verbänden der Krankenkassen sowie den Hospizorganisationen auf Landesebene jedoch unbenommen, neben den Regelungen auf Bundesebene auch Vereinbarungen über die Art und Weise der Förderung auf Landesebene zu treffen²²². Ein zweistufiges Verfahren, das der Bundesebene ausdrücklich nur die Bestimmung des Inhalts der Leistung zugewiesen, die Festlegung von Art und Umfang aber der Länderebene überlassen wollte, sieht die Gesetz gewordene Regelung – anders als der vom Bundesrat eingebrachte Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit²²³ – nicht mehr vor. Zu den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen im Sinne des § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V gehören nicht alle, jedoch vor allem solche, die hinsichtlich ihrer regionalen Ausdehnung und des von ihnen vertretenen Anteils an den ambulanten Hospizdiensten diese in erheblichem Umfang repräsentieren. Im Hinblick auf § 2 Abs. 3 SGB V ist bei den hier relevanten maßgeblichen Spitzenorganisationen nicht nur auf die Vielfalt der Leistungserbringer, sondern auch auf die religiösen Bedürfnisse der Versicherten zu achten²²⁴.

3.7.2 Die auf der Grundlage des § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V abgeschlossene Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 i.d.F. vom 14. April 2010

Noch auf der gesetzlichen Grundlage des § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V in der Fassung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001²²⁵ haben die (damaligen) Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der am-

²²¹ Durch Art. 2 Nr. 6 Buchstabe b) i.V.m. Art. 46 Abs. 9 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) wurde der (damalige) § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V, der heutige § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V, mit Wirkung vom 1. Juli 2008 an die neue Verbandsstruktur der Krankenkassen angepasst. Seit diesem Zeitpunkt trägt Absatz 2 Satz 6 bzw. 7 damit dem Umstand Rechnung, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen ab dem 1. Juli 2008 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgelöst worden sind; vgl. hierzu bereits oben zu Gliederungspunkt 3.2.2

²²² Vgl. die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in BT-Drs. 14/7473, S.22

²²³ Vgl. hierzu BT-Drs. 14/6754 S. 7 und 8

²²⁴ Vgl. Adelt, in: LPK-SGB V, § 39a Rn. 47

²²⁵ BGBl. I S. 3728, 3732

bulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen unter dem 3. September 2002 eine „Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit“ abgeschlossen, die rückwirkend am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist (vgl. § 8 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung alter Fassung) und in der Fassung vom 17. Januar 2006 zunächst unverändert bis zum 31. Dezember 2009 galt. Auf Seiten der Hospizdienste waren neben der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. auch der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., der Deutsche Caritasverband e.V., der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (Gesamtverband) e.V., das Deutsche Rote Kreuz e.V. sowie das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. beteiligt. Mit Wirkung vom 1. Januar 2010 ist diese Vereinbarung durch die zwischen dem GKV-Spitzenverband²²⁶ und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossene „Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit“ vom 3. September 2002, i.d.F. vom 14. April 2010²²⁷ abgelöst worden (vgl. § 8 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung neuer Fassung). Auf Seiten der Hospizdienste war an dieser Vereinbarung vom 14. April 2010 zusätzlich auch der Bundesverband Kinderhospiz e.V. beteiligt.

3.7.3 Inhalt der Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010

In der vorgenannten Rahmenvereinbarung vom 3. September 2002 in der Fassung vom 14. April 2010 (im Folgenden: RV-2) sind im Wesentlichen folgende – die gesetzlichen Bestimmungen des § 39a Abs. 2 SGB V konkretisierende – Regelungen getroffen worden²²⁸:

3.7.3.1 Ziele der Förderung (§ 1 RV-2)

Nach § 1 Satz 1 RV-2 leisten die Krankenkassen mit der Förderung einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten des ambulanten Hospizdienstes für die palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen.

3.7.3.2 Grundsätze der Förderung (§ 2 RV-2)

Aus § 2 Abs. 1 RV-2 ergibt sich, dass nur diejenigen ambulanten Hospizdienste gefördert werden, die die Regelungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllen und für Versicherte qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder in Einrichtungen der

²²⁶ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

²²⁷ Abrufbar im Internet unter http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_%C2%A739a_Abs.2_Satz7_14042010_13592.pdf; beigelegt als Anlage 5

²²⁸ Ergänzend wird auf die als Anlage 5 beigelegte Rahmenvereinbarung verwiesen.

Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Die ambulanten Hospizdienste müssen Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sein und im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammenarbeiten (§ 2 Abs. 2 erster Spiegelstrich RV-2). Sie müssen darüber hinaus seit einem Jahr bestehen und Sterbebegleitungen geleistet haben (§ 2 Abs. 2 zweiter und dritter Spiegelstrich RV-2). Außerdem müssen ambulante Hospizdienste unter ständiger fachlicher Verantwortung mindestens einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft stehen und unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und mindestens einer approbierten Ärztin bzw. einem approbierten Arzt zusammenarbeiten, die über palliativ-pflegerische oder palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen (§ 2 Abs. 2 vierter und fünfter Spiegelstrich RV-2). Voraussetzung für die Förderung ist weiterhin, dass die ambulanten Hospizdienste mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite ehrenamtliche Personen einsetzen können (§ 2 Abs. 2 sechster Spiegelstrich Halbsatz 1 RV-2). Die Kinderhospizarbeit kann auch durch entsprechend qualifizierte Ehrenamtliche unter dem Dach von Erwachsenen hospizen erfolgen; dabei muss die Mindestzahl von 10 für die Kinderhospizarbeit qualifizierten, einsatzbereiten Ehrenamtlichen und deren fachliche Koordination und Begleitung – gegebenenfalls durch die Zusammenarbeit mehrerer Dienste – gewährleistet werden (§ 2 Abs. 2 sechster Spiegelstrich, Halbsätze 2 und 3 RV-2). Schließlich müssen die ambulanten Hospizdienste eine kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen gewährleisten (§ 2 Abs. 2 letzter Spiegelstrich RV-2).

3.7.3.3 Inhalt und Umfang ambulanter Hospizarbeit (§ 3 RV-2)

Der Inhalt und der Umfang ambulanter Hospizarbeit werden in § 3 RV-2 beschrieben. Danach erbringen ambulante Hospizdienste Sterbebegleitung sowie palliativ-pflegerische Beratung (Abs. 1 Satz 1 RV-2). Angehörige und Bezugspersonen der sterbenden Menschen sollen nach Möglichkeit in die Begleitung mit einbezogen werden (Abs. 1 Satz 2 RV-2). Die Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) obliegt jedoch den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den zugelassenen Pflegediensten (Abs. 1 Satz 3 RV-2). Die ambulanten Hospizdienste können gemäß § 3 Abs. 1 Satz 4 RV-2 Teil der multiprofessionellen Versorgungsstruktur der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b SGB V) im Sinne eines integrativen Ansatzes sein.

Nach § 3 Abs. 2 Satz 1 RV-2 soll die ambulante Hospizarbeit die mit dem Krankheitsprozess verbundenen Leiden lindern, helfen, die Konfrontation mit dem Sterben zu verarbeiten und bei der Überwindung der in diesem Zusammenhang bestehenden Kommunikationsschwierigkeiten unterstützen. Dazu gehören sowohl die Begleitung von sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen als auch die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen sowie die Suche nach Antworten. Dies schließt auch die Berücksichtigung sozialer, ethischer und religiöser Gesichtspunkte ein (§ 3 Abs. 2 Satz 2 und 3 RV-2). In der Kinderhospizarbeit ist darauf zu achten, dass kindgemäße, entwicklungsrelevante und altersentsprechende Begleitungen der Kinder geleistet werden, die die Lebensqualität der gesamten Familie verbessern (§ 3 Abs. 2 Satz 4 RV-2).

In § 3 Abs. 3 und 4 RV-2 werden die Aufgaben des Personals stichwortartig ausgeführt; dabei wird zwischen den der Fachkraft obliegenden Aufgaben und der Tätigkeit Ehrenamtlicher unterschieden. Die Aufzählungen sind dabei nicht abschließend. Zu den Aufgaben der Fachkraft gehört zunächst die Koordination der Aktivitäten des ambulanten Hospizdienstes (Patientenerstbesuch, Einsatzplanung/Einsatzsteuerung ehrenamtlich tätiger Personen). Zu ihren Aufgaben gehört

auch die Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Gewährleistung der Schulung/Qualifizierung dieser Personen. Der Fachkraft obliegt darüber hinaus die palliativ-pflegerische und psychosoziale Beratung von sterbenden Menschen und deren Angehörigen sowie die Qualitätssicherung in der Patientenbegleitung. Außerdem hat die Fachkraft in den übrigen vernetzten Strukturen (insbesondere mit der palliativ-medizinischen Ärztin, dem palliativ-medizinischen Arzt bzw. palliativ-pflegerischen Pflegedienst) zusammenzuarbeiten.

Zu den Tätigkeiten der Ehrenamtlichen gehört neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung insbesondere die Begleitung der sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen. Auch Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, die Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten sowie Hilfe bei der im Zusammenhang mit dem Sterben erforderlichen Auseinandersetzung mit sozialen, ethischen und religiösen Sinnfragen werden hier angesprochen.

3.7.3.4 Qualität der ambulanten Hospizarbeit (§ 4 RV-2)

Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 RV-2 ist die ambulante Hospizarbeit qualifiziert zu erbringen und muss dem jeweiligen allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Eine ständige Weiterentwicklung der Qualität ist anzustreben (Abs. 1 Satz 2 RV-2). Im Übrigen ist der ambulante Hospizdienst dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden (Abs. 2 Satz 1 RV-2). Dabei sollen die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des sterbenden Menschen berücksichtigt werden, um damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität zu ermöglichen (Abs. 2 Satz 2 RV-2). Die Sterbebegleitung unterstützt und fördert insbesondere die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen. Dabei werden Angehörige und Bezugspersonen einbezogen (§ 4 Abs. 3 Satz 1 und 2 RV-2). Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Die Dokumentation muss insbesondere Angaben hinsichtlich des Begleitungszeitraumes und den Besonderheiten bei der Begleitung enthalten. Die Dokumentation ist beim sterbenden Menschen zu führen (§ 4 Abs. 3 Satz 3 bis 5 RV-2). Ehrenamtliche, die in der ambulanten Hospizarbeit arbeiten möchten, müssen nach Abs. 4 Satz 1 RV-2 vor Antritt ihrer Tätigkeit einen Befähigungskurs abgeschlossen haben. In der Kinderhospizarbeit ist darauf zu achten, dass dieser die besonderen Inhalte und Anforderungen der Kinderhospizarbeit berücksichtigt (Abs. 4 Satz 2).

3.7.3.5 Personelle Mindestvoraussetzungen (§ 5 RV-2)

Der ambulante Hospizdienst muss gemäß § 5 Abs. 1 RV-2 mindestens eine fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft beschäftigen, die mindestens die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ entsprechend den Bestimmungen des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege in der jeweils gültigen Fassung²²⁹ sowie „Altenpflegerin/-Alterpfleger“ entsprechend den Bestimmungen des Geset-

²²⁹ Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 12a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990)

zes über die Berufe in der Altenpflege vom 25. August 2003²³⁰ besitzt. Darüber hinaus muss eine mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit in dem betreffenden Beruf nach erteilter Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nachgewiesen werden. Die fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft muss außerdem den Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegende vorweisen können. Für ambulante Kinderhospizdienste ist der Abschluss einer Pädiatrischen Palliative Care-Weiterbildung (Curriculum Pädiatrische Palliativ Care, oder andere nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertige Curricula) nachzuweisen. Fachkräfte, die bereits eine Palliativ Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen das Zusatzmodul Pädiatrische Palliativ Care (40 Stunden) nachweisen (§ 5 Abs. 1 Buchstabe c) RV-2). Ferner muss der Nachweis eines Koordinatoren-Seminars (40 Stunden) und der Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz (80 Stunden) geführt werden (§ 5 Abs. 1 Buchstaben d) und e) RV-2).

Unter welchen Voraussetzungen auch andere Personen die fachliche Verantwortung übernehmen können, ist im Einzelnen im § 5 Abs. 2 RV-2 geregelt.

Scheidet die verantwortliche Fachkraft des Hospizdienstes aus und wird diese Stelle mit einer Fachkraft neu besetzt bzw. wird bei Neugründung eines Hospizdienstes eine Fachkraft eingestellt, die den Nachweis der oben genannten Seminare nicht erfüllt, ist gemäß § 5 Abs. 3 Satz 1 RV-2 die Erfüllung der fehlenden Voraussetzungen spätestens zum Ablauf des 12. Monats nach dem Ausscheiden bzw. bei Neugründung nachzuweisen. Kann der Hospizdienst diesen Nachweis nicht führen, endet die Förderung (§ 5 Abs. 3 Satz 2 RV-2).

Nach § 5 Abs. 4 RV-2 kann die Fachkraft unter Berücksichtigung der Größe und des regionalen Einzugsbereichs für mehrere ambulante Hospizdienste zuständig sein. Bedingung ist aber, dass die ambulanten Hospizdienste, für die sie im Rahmen dieser Kooperation tätig ist, insgesamt nicht über mehr als 50 einsatzbereite Ehrenamtliche verfügen.

3.7.3.6 Inhalt, Dauer und Verfahren der Förderung (§ 6 RV-2)

Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 RV-2 werden ambulante Hospizdienste gefördert, die die in dieser Rahmenvereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllen. Entsprechend § 39a Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB V werden in § 6 Abs. 1 Satz 2 bis 4 RV-2 die zuschussfähigen Personalkosten aufgeführt. Danach erfolgt die Förderung als Zuschuss zu den Personalkosten der Fachkräfte für die palliativ-pflegerische Beratung sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen (§ 6 Abs. 1 Satz 2 RV-2). Zu den Personalkosten zählen gemäß § 6 Abs. 1 Satz 3 RV-2 auch Kosten für die Fort- und Weiterbildung der bereits tätigen Fachkräfte. Wird die Schulung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) der ehrenamtlichen Personen nicht durch die Fachkraft des ambulanten Hospizdienstes, sondern durch eine entsprechend qualifizierte externe Kraft erbracht, können die dafür dem ambulanten Hospizdienst entstehenden Kosten gemäß § 6 Abs. 1 Satz 4 RV-2 ebenfalls gefördert werden.

²³⁰ Gesetz über die Berufe der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch Artikel 12b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990)

Entsprechend § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V wird der Förderbetrag nach § 6 Abs. 2 Satz 1 RV-2 auf der Grundlage von Leistungseinheiten ermittelt. Die Leistungseinheiten des einzelnen ambulanten Hospizdienstes errechnen sich gemäß § 6 Abs. 2 Satz 2 RV-2, indem die Anzahl der am 31. Dezember des Vorjahres einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen mit dem Faktor 2 und die Anzahl der im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen mit dem Faktor 4 – in Kinderhospizdiensten mit dem Faktor 5 – multipliziert und anschließend addiert werden. Nach § 6 Abs. 2 Satz 3 RV-2 kann je Versichertem und Hospizdienst nur eine Sterbebegleitung in die Förderung einfließen. Bei Kinderhospizdiensten werden zusätzlich zu den im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen auch die am 31. Dezember des Vorjahres noch nicht abgeschlossenen Sterbebegleitungen in die Förderung einbezogen, sofern diese Sterbebegleitungen vor dem 1. November des Vorjahres begonnen haben (§ 6 Abs. 2 Satz 4 RV-2). Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V beträgt der Förderbetrag je Leistungseinheit gemäß § 6 Abs. 3 Satz 1 RV-2 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV. Er ist insgesamt auf die in § 6 Abs. 1 RV-2 genannten Personalkosten des ambulanten Hospizdienstes begrenzt (§ 6 Abs. 3 Satz 2 RV-2). Die Förderung erfolgt gemäß § 6 Abs. 4 RV-2 für das Kalenderjahr.

Nach § 6 Abs. 6 RV-2 bleibt es den Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospize im Land maßgeblichen Spitzenorganisationen unbenommen, auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen zu dieser Rahmenvereinbarung zu treffen. Nach der Fußnote hierzu sind sich die Partner der Rahmenvereinbarung einig, dass die Finanzierungsmodalitäten am einfachsten bei Bildung eines Finanzierungspools auf Landesebene zu handhaben sind. Von dieser Empfehlung haben alle Landesverbände Gebrauch gemacht²³¹.

3.7.3.7 Durchführung und Vergabe der Förderung (§ 7 RV-2)

§ 7 Satz 1 RV-2 legt fest, dass die Anträge auf Förderung nach dieser Rahmenvereinbarung bis zum 31. März des laufenden Kalenderjahres an die Krankenkassen bzw. die von ihnen bestimmte Stelle zu richten sind. Die Krankenkassen bzw. die von ihnen bestimmte Stelle prüfen nach dieser Rahmenvereinbarung die Voraussetzungen für die Förderung, ermitteln die Förderbeträge und zahlen diese bis spätestens 30. Juni des laufenden Kalenderjahres aus (§ 7 Satz 2 RV-2).

3.7.4 Berücksichtigung der besonderen Belange der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V)

§ 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V legt fest, dass in den Vereinbarungen nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend zu tragen ist. Die Bestimmung des § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V, die – wie bereits erwähnt²³² – durch Art. 1 Nr. 25 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) i.V.m. Art. 46 Abs.

²³¹ Vgl. Moldenhauer, Krankenkassen fördern nun auch ambulante Hospize, in: Die Betriebskrankenkasse (BKK), 2003, 308 (310)

²³² Vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.2.2

1 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 mit Wirkung vom 1. April 2007 als damaliger Satz 7 dem § 39a Abs. 2 SGB V angefügt wurde, verfolgt das Ziel, die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder zu verbessern²³³. Die Gesetzesbegründung weist diesbezüglich darauf hin, dass dabei die gegenüber anderen ambulanten Hospizdiensten höheren Infrastruktur- und Personalkosten von besonderer Bedeutung sein können, die etwa dadurch entstehen könnten, dass in die Hospizarbeit Familienangehörige des Kindes einbezogen werden²³⁴. Die am 1. Januar 2010 in Kraft getretene Neufassung der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V vom 14. April 2010 trägt – wie aus den vorstehenden Ausführungen ersichtlich ist²³⁵ – den gesetzlichen Vorgaben nunmehr Rechnung.

²³³ Vgl. den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in BT-Drs. 16/3100, S. 106

²³⁴ Vgl. BT-Drs. 16/3100 S. 106

²³⁵ Vgl. hierzu insbesondere den Gliederungspunkt 3.7.3

4 Literaturverzeichnis

Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten (Hrsg.), SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Verlag C. H. Beck, München 2008

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Information über die vom Deutschen Bundestag am 18. Juni 2009 beschlossene Neuordnung der Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizarbeit gemäß § 39a Abs. 1 und 2 SGB V (Stationäre und ambulante Hospizleistungen) und § 37b SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung), Stand: 29. Juni 2009, Berlin; abrufbar im Internet unter http://www.hospiz.net/stamhole/pdf/stat-amb_p39a-sgb5_info.pdf

Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang (Hrsg.), SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Loseblattwerk, Stand: Mai 2010, Erich Schmidt Verlag, Berlin, Stand der Kommentierung zu § 39a SGB V: Ergänzungslieferung 6/2006

juris PraxisKommentar, SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – herausgegeben von Rainer Schlegel und Klaus Engelmann, juris GmbH, Saarbrücken 2008

Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, herausgegeben von Stephan Leitherer, Loseblattwerk, Stand: 64. Ergänzungslieferung: 1. Januar 2010, Verlag C. H. Beck, München, Stand der Kommentierung zu § 39a SGB V: 58. Ergänzungslieferung August 2008

Kreikebohm, Ralf/Spellbrink, Wolfgang/Waltermann, Raimund (Hrsg.), Kommentar zum Sozialrecht: EWG-VO 1408/71, SGB I bis SGB XII, SGG, BAföG, BEEG, WoGG, Beck'sche Kurz-Kommentare, Band 63, Verlag C. H. Beck, München 2009

Kruse, Jürgen/Hänlein, Andreas (Hrsg.), Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, 2009, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Moldenhauer, Meinolf, Krankenkassen sichern stationäre Hospizversorgung, in: Die BKK, Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung, 1998, S. 294 - 300

Moldenhauer, Meinolf, Krankenkassen fördern nun auch ambulante Hospize – Alle BKK beteiligen sich am Pool auf Landesebene, in: Die BKK, Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung, 2003, S. 308 bis 311

Noftz, Wolfgang, Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht nach Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR), 1997, S. 393 - 438

Peters, Horst (Hrsg.), Handbuch der Krankenversicherung Teil II – Sozialgesetzbuch V, Ausführliche Erläuterungen vom Fünften Buche des Sozialgesetzbuchs und zu weiteren die Krankenversicherung betreffenden Gesetzen, 19. Auflage, Loseblattwerk, Stand: 73. Ergänzungslieferung, 1. Oktober 2009, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, Stand der Kommentierung zu § 39a SGB V: 67. Ergänzungslieferung 1. Juli 2008

Plate, Jürgen, Finanzierungsregelung für stationäre Hospize, in: DOK, Politik Praxis Recht, Zeitschrift des AOK-Bundesverbandes, 1997, S. 486

Rolfs, Christian/Giesen, Richard/Kreikebohm, Ralf/Udsching, Peter (Hrsg.), Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, Stand: 1. März 2010, Edition: 17, Verlag C. H. Beck, München

Schiffer, Paul-Jürgen, Finanzierung ambulanter (ehrenamtlicher) Hospizarbeit – Aufgabe einer solidarischen Krankenversicherung? In: Die Ersatzkasse, Zeitschrift, 2001, S. 438 - 442

Schulin, Bertram (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, Verlag C. H. Beck, München 1994

Sing, Roland, Die 3. Stufe der Gesundheitsreform: Auswirkungen auf die Krankenhäuser, in: DOK, Politik Praxis Recht, Zeitschrift des AOK-Bundesverbandes, 1997, S. 447 - 452

Sodan, Helge, Normsetzungsverträge im Sozialversicherungsrecht, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS), Monatsschrift für anwaltliche, betriebliche, behördliche und gerichtliche Praxis, 1998, S. 305 - 313

Wagner, Regine/Knittel, Stefan (Hrsg.), Soziale Krankenversicherung / Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblattwerk, Stand: November 2009, Verlag C.H. Beck, München, Stand der Kommentierung zu § 39a SGB V: 55. Ergänzungslieferung Mai 2006

5 Anlagenverzeichnis

5.1 Die derzeit maßgeblichen gesetzlichen und vertraglichen Rechtsgrundlagen im Wortlaut

5.1.1 Auszüge aus dem Vierten, Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV, V und XI)

Viertes Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (Art. 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), i.d.F. der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973), Auszug, hier: Inhaltsübersicht, § 18 (Bezugsgröße); abrufbar im Internet unter http://bundesrecht.juris.de/sgb_4/_18.html

Anlage 1

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Art. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410), Auszug, hier: Inhaltsübersicht, § 2 Leistungen, § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot, § 13 Kostenerstattung, § 20c Förderung der Selbsthilfe, § 27 Krankenbehandlung, § 37 Häusliche Krankenpflege, § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, § 38 Haushaltshilfe, § 39 Krankenhausbehandlung, § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen, § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, § 72 Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, § 217a Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, § 217d Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken, § 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, § 275 Begutachtung und Beratung; abrufbar im Internet unter http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf

Anlage 2

Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Art. 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495), Auszug, hier: Inhaltsübersicht, § 71 Pflegeeinrichtungen, § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag; abrufbar im Internet unter http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf

Anlage 3

5.1.2 Die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, i.d.F. vom 14. April 2010

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, i.d.F. 14. April 2010, zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem Bundesverband Kinderhospiz e.V., dem Deutschen Caritasverband e.V., dem Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband e.V., dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (Gesamtverband) e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V. sowie dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.; abrufbar im Internet unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_%C2%A739a_Abs.1_Satz4_14042010_13593.pdf

Anlage 4

5.1.3 Die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002, i.d.F. vom 14. April 2010

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002, i.d.F. vom 14. April 2010, zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem Bundesverband Kinderhospiz e.V., dem Deutschen Caritasverband e.V., dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V., dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (Gesamtverband) e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V. sowie dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.; abrufbar im Internet unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_%C2%A739a_Abs.2_Satz7_14042010_13592.pdf

Anlage 5

5.2 Der Zwischenbericht der Enqueté-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit vom 22. Juni 2005

Zwischenbericht der Enqueté-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, in: BT-Drs. 15/5858 vom 22. Juni 2005

Anlage 6

