

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0128(11.1)
gel. VB zur öAnhörung am 21.09.
15_HPG
16.09.2015



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 15.09.2015

**zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und
Palliativversorgung in Deutschland (HPG)
vom 20.04.2015**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	5
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
§ 27 Abs. 1 Krankenbehandlung.....	5
§ 37 Abs. 2 a (neu) Häusliche Krankenpflege	6
§ 39a Abs. 1 Stationäre Hospizleistungen	9
§ 39a Abs. 2 Förderung ambulanter Hospizdienste	14
§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen.....	17
§ 73 Kassenärztliche Versorgung	19
§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	20
§ 92 Abs. 7 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	26
§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	28
§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.....	30
§ 132g (neu) Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	32
§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 Sozialdaten bei den Krankenkassen	35
Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	36
§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	36
Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	38
§ 28 Leistungsarten, Grundsätze	38
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	39
§ 114 Qualitätsprüfungen	40
§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen	41
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	42
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG	42

I. Vorbemerkung

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) soll die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen weiterentwickelt und angepasst werden. Diese Zielsetzung wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung verstehen es als ihre originären Aufgaben, ihren Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Regelungen in jedem Lebensalter und jeder Lebenssituation die notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie ggf. begleitende Unterstützung und Beratung zur Verfügung zu stellen. In diesem Kontext ist die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung auch ein wichtiges eigenes Anliegen der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung.

Es ist notwendig, vor dem Hintergrund sich verändernder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und im Zuge des medizinischen Fortschritts, die Instrumente der Versorgung an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen.

Bei den im Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungsverbesserungen soll richtigerweise unter anderem die allgemeine Palliativversorgung gestärkt werden. Es wird ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers begrüßt, durch eine Steigerung der Qualifikation der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, eine spezifische Abbildung von Koordinationsleistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie durch Regelung von Anforderungen an die Versorgungsqualität die palliativmedizinische Versorgung der Versicherten zu verbessern.

Die Einführung einer gänzlich neuen Leistung stellt die vorgesehene gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase dar. Diese Versorgungsplanung umfasst die Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende, Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung sowie Fallbesprechungen. Eine frühzeitige Beratung und ein mit anderen Leistungserbringern abgestimmtes Vorgehen können grundsätzlich hilfreich sein. Allerdings liegen bisher wenige Erkenntnisse und Erfahrungen darüber vor, ob ein solches Beratungsangebot einschließlich der Versorgungsplanung und der Fallbesprechung, unter Beteiligung aller an der Versorgung mitwirkenden Leistungserbringer, tatsächlich die Bedarfe der Pflegeheimbewohner auffängt. Der GKV-Spitzenverband schlägt deshalb vor, diese neue Leistung zu evaluieren und bei Bedarf anzupassen.

Eine weitere zielführende Maßnahme sieht der Gesetzentwurf mit dem Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vor, in seiner Richtlinie nach § 92 SGB V zur häuslichen Krankenpflege (HKP-RL) das Nähere zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu regeln. Die vorgesehene Weiterentwicklung der HKP-RL des G-BA ist sachgerecht. Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Dezember 2014 einen Antrag auf Erweiterung der HKP-RL in die Beratungen des G-BA eingebracht.

Des Weiteren spricht sich der GKV-Spitzenverband dafür aus, vorhandene regionale Unterschiede und Bedarfe nach wie vor zu berücksichtigen und Flexibilität zu erhalten. So konkretisiert der Gesetzentwurf richtigerweise den Auftrag der Rahmenvereinbarungspartner nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V, das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit zu vereinbaren. Die Notwendigkeit für die vorgesehene Überprüfung der Rahmenvereinbarung alle vier Jahre wird hingegen nicht gesehen. In der Vergangenheit wurde die Rahmenvereinbarung, insbesondere bei gesetzlichen Änderungen oder bedarfsabhängig, überarbeitet. Die vorgesehene Routineüberprüfung in starren Zeitintervallen trägt der benötigten Flexibilität nicht Rechnung.

Der Gesetzentwurf setzt auch einen positiven Impuls zur Organisationsentwicklung in Pflegeeinrichtungen. Eine Voraussetzung dafür ist, dass Einrichtungsträger die ganzheitliche Begleitung und Versorgung von Bewohnern am Lebensende als Kernaufgabe wahrnehmen und entsprechende Strukturen und Abläufe in den Einrichtungen qualitativ weiterentwickeln. Der GKV-Spitzenverband begrüßt deshalb die geplante Klarstellung, dass die Sterbebegleitung in Pflegeheimen künftig in den Landesrahmenverträgen zu berücksichtigen ist.

Palliativversorgung erfordert in besonderem Maße die Zusammenarbeit unterschiedlicher palliativmedizinischer und -pflegerischer Leistungserbringer sowohl der spezialisierten als auch der nicht-spezialisierten Form und ggf. die enge Einbindung begleitender, auch ehrenamtlicher Helferstrukturen. Diese Grundannahme wird im Gesetzentwurf angemessen berücksichtigt.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 27 Abs. 1 Krankenbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 27 Abs. 1 SGB V soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Krankenbehandlung auch die palliative Versorgung der Versicherten beinhaltet.

B) Stellungnahme

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll mit der vorgesehenen Ergänzung in der Einweisungsvorschrift des § 27 klargestellt werden, dass die Palliativversorgung integraler Bestandteil der in § 27 Abs. 1 Satz 2 genannten Leistungen ist und die Krankenbehandlung nicht nur kurativ, sondern auch palliativ ausgerichtet ist. Diese Klarstellung wird begrüßt. Sie unterstreicht, dass die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gerade auch in den nicht-spezialisierten Versorgungsbereichen wichtige Leistungsbestandteile sind. Die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Leistungsansprüche ergibt sich aus den einzelgesetzlichen Regelungen.

Problematisch ist, dass es zur Begrifflichkeit der palliativen Versorgung bzw. zur Palliativversorgung keine Legaldefinition gibt. Palliativversorgung wird in Fachkreisen sehr weitgehend als ganzheitlicher Ansatz verstanden, der regelmäßig weit über die medizinisch-pflegerische Versorgung hinausgeht und alle Lebensbereiche betrifft. Im Interesse der Normenklarheit und zur Vermeidung von Fehlinterpretationen sollte im Gesetzeswortlaut daher anstelle des unbestimmten Begriffes der „palliativen Versorgung“ der Begriff der „palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung“ verwendet werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 27 Abs. 1 Satz 2 (neu) werden die Worte „palliative Versorgung der Versicherten“ gestrichen und wie folgt ersetzt:

„Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung der Versicherten.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37 Abs. 2 a (neu) Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen eines neuen Absatzes 2a im § 37 SGB V soll klargestellt werden, dass die häusliche Krankenpflege nach Abs. 1 (Krankenhausvermeidungs- oder -verkürzungspflege) und Abs. 2 (Behandlungssicherungspflege) auch die ambulante Palliativversorgung beinhaltet. Daneben soll bei der palliativpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach Abs. 1 SGB V regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne des § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V angenommen werden, sodass der Leistungsanspruch über vier Wochen hinaus bewilligt werden kann.

B) Stellungnahme

Palliativversorgung als Leistungsbestandteil der häuslichen Krankenpflege

Die Versorgung von Palliativpatienten erfolgt im Rahmen der GKV entsprechend des individuellen Bedarfs in den allgemeinen Strukturen (sog. Regelversorgung) oder durch spezialisierte Angebote. Die palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gehört zur Regelversorgung im Bereich der GKV. Sie ist damit heute schon Bestandteil der häuslichen Krankenpflege und wird im Zusammenhang mit den verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, z. B. der Medikamentengabe oder der Wundversorgung, erbracht. Die verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V festgelegt. Auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes wird im G-BA aktuell bereits über eine Konkretisierung der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie in Bezug auf die Versorgung von Palliativpatienten beraten. Insoweit hat die vorgesehene gesetzliche Änderung – wie in der Begründung des Gesetzentwurfes ausgeführt – klarstellenden Charakter.

Die Intention, die häusliche Krankenpflege stärker als bisher auf palliative Versorgungsaspekte hin auszurichten, kann vor diesem Hintergrund nachvollzogen werden und deckt sich mit den aktuellen Entwicklungen auf Ebene der Selbstverwaltung. Die beabsichtigte gesetzliche Klarstellung ist jedoch in zweifacher Hinsicht nicht zielführend und sollte deshalb gestrichen werden. **Zum einen** wirft sie über die häusliche Krankenpflege hinausgehende systematische Fragen im Zusammenhang mit der parallelen Ergänzung in § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V auf. In § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V soll abstrakt generell für alle Leistungen der Krankheitsbehandlung klargestellt werden, dass diese auch die palliative Versorgung der Versicherten be-

inhaltet (s. Ausführungen zu Art. 1 Nr. 1). Wenn nun – wie für die häusliche Krankenpflege vorgesehen – diese Ausrichtung in einigen gesetzlichen Einzelschriften für Leistungen der Regelversorgung ohne erkennbare leistungsspezifische Konkretisierung zusätzlich aufgegriffen wird, in anderen, wie den Vorschriften über die ärztliche Behandlung oder die Krankenhausbehandlung, jedoch nicht, entsteht dadurch der Eindruck, als würden die verschiedenen Leistungen der Regelversorgung mit Blick auf die auch palliative Ausrichtung unterschiedlich gewichtet. Dies führt zu Rechtsunsicherheit.

Zum anderen ist die im Gesetzeswortlaut vorgesehene Formulierung, die häusliche Krankenpflege umfasse auch die ambulante Palliativversorgung zu unbestimmt und deshalb zur erforderlichen Leistungsabgrenzung nicht geeignet. Der Begriff der Palliativversorgung ist nicht legal definiert. In Fachkreisen wird der Begriff vielfach als Synonym für die umfassende Betreuung unheilbar kranker und sterbender Menschen verwendet, die über die medizinisch-pflegerische Versorgung hinausgehend alle Lebensbereiche betrifft. Eine so weitreichende Neuausrichtung der häuslichen Krankenpflege ist erkennbar nicht Zielsetzung der vorgesehenen gesetzlichen Klarstellung. In der Gesetzesbegründung wird explizit ausgeführt, dass die Menschen am Lebensende im Rahmen der Regelversorgung der häuslichen Krankenpflege die notwendige palliative Pflege erhalten sollen. Auch der Hinweis in der Gesetzesbegründung, wonach der Anspruch auf häusliche Krankenpflege bestehen soll, soweit kein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V besteht, lässt erkennen, dass nicht beabsichtigt ist, den Inhalt der häuslichen Krankenpflege über die medizinisch-pflegerische Versorgung hinaus auszuweiten. Denn auch der Anspruch auf SAPV als das weitergehende, spezialisierte Leistungsangebot umfasst nach § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V ausschließlich ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass mit dem Begriff der ambulanten Palliativversorgung – nicht zuletzt durch die in § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V (neu) vorgesehene Klarstellung zur Ausrichtung aller Leistungen der Krankenbehandlung auf palliative Versorgung – die unterschiedlichsten Leistungen der Regelversorgung (z. B. die ambulante ärztliche Versorgung oder Versorgung mit Heilmitteln) erfasst werden, die durch den vorgesehenen Gesetzeswortlaut in § 37 Abs. 2a SGB V (neu) damit zum Inhalt der häuslichen Krankenpflege würden. Nach alledem ist dringend geboten, das gesetzgeberisch Gewollte auch durch eine eindeutige Formulierung des Gesetzeswortlautes zum Ausdruck zu bringen.

Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 über vier Wochen

Bezüglich der geplanten Änderung, dass für Leistungen der Palliativversorgung ein regelmäßiger Ausnahmefall im Sinne des § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V anzunehmen ist, sind die beson-

deren Voraussetzungen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege als sog. Krankenhausvermeidungspflege zu berücksichtigen. Danach kann häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V verordnet werden, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist (1. Alternative) oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (2. Alternative). Diese leistungsrechtlichen Voraussetzungen wurden höchststricterlich konkretisiert. Voraussetzung für beide Alternativen ist demnach, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geboten ist. Geboten ist Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Sofern eine ambulante Behandlung ausreichend ist, liegt damit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht vor. Diese Leistungsgrundsätze gelten ausweislich der Gesetzesbegründung auch für die häusliche Krankenpflege für Palliativpatienten.

Da die ambulanten Versorgungsangebote im Bereich der Palliativversorgung gut ausgebaut sind und weiterentwickelt werden und – mit Blick auf die SAPV und Begleitung durch ambulante Hospizdienste – auch hochspezialisiert zur Verfügung stehen, können Palliativpatienten in der Regel ambulant versorgt werden. Fallgestaltungen, in denen bei Palliativpatienten über einen Zeitraum von vier Wochen hinaus eine Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen indiziert ist, aber nicht durchgeführt wird und dennoch die Versorgung der Palliativpatienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege als Regelversorgung ausreichend ist, sind nur schwer vorstellbar. Von daher wird der Anwendungsbereich der vorgesehenen gesetzlichen Änderung sehr begrenzt sein.

C) Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Sofern an der Einfügung des § 37 Abs. 2a Satz 1 SGB V festgehalten wird, sollte dieser wie folgt lauten:

„(2a) Die häusliche Krankenpflege umfasst die palliativpflegerische und palliativmedizinische Versorgung der Versicherten im Rahmen der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 39a Abs. 1 Stationäre Hospizleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, die zuschussfähigen Kosten in einem stationären Hospiz für erwachsene Patientinnen und Patienten im Rahmen des vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes anstatt mit bisher 90 v. H. zukünftig mit 95 v. H. durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu bezuschussen. Das Zuschussniveau soll damit einheitlich sowohl für Kinderhospize als auch für Hospize für Erwachsene festgelegt werden. Des Weiteren soll der Mindestzuschuss eines stationären Hospizes von derzeit 7 v. H. (198,45 EUR in 2015) auf 9 v. H. (255,15 EUR in 2015) der monatlichen Bezugsgröße erhöht werden. Ferner soll klargestellt werden, dass zu den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen auch eine eigene Rahmenvereinbarung mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Kinderhospize maßgeblichen Spitzenorganisationen abgeschlossen werden kann. Die Rahmenvereinbarungspartner sollen zudem bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Kosten festlegen und dabei den besonderen Verwaltungsaufwand der stationären Hospize berücksichtigen. Schließlich soll die Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung zukünftig alle vier Jahre an die aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklung angepasst werden.

B) Stellungnahme

Der GKV ist es ein wichtiges Anliegen, dass ihre Versicherten auch im palliativen Stadium ihrer Erkrankung eine qualitativ hochwertige, an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Versorgung erhalten. Dabei erfüllen Hospize eine wichtige Funktion, die durch die vorgesehenen gesetzlichen Änderungen nochmals unterstrichen wird. Der Gesetzgeber hat seit dem Einstieg in die GKV-finanzierte bzw. -bezuschusste Hospizarbeit den Finanzierungsanteil der GKV kontinuierlich erweitert. Dadurch leistet die GKV einen stetig wachsenden und sehr bedeutsamen Beitrag zur Unterstützung der Hospizbewegung und hat damit dazu beigetragen, dass Hospize heute einen wichtigen Stellenwert in der Versorgungslandschaft einnehmen.

Finanzierung stationärer Hospize

Die Bezuschussung stationärer Hospize erfolgt unter Zugrundelegung eines zwischen den Krankenkassen und Hospizen in Verträgen zu vereinbarenden Bedarfssatzes. Dieser wird auf Basis der individuellen Kostenstruktur des Hospizes festgestellt und berücksichtigt somit

hospizindividuell die unterschiedlichsten Kostenparameter. Diese sind insbesondere die Personalausstattung und deren Vergütung, das jeweilige Angebot zuschussfähiger Leistungen sowie die, in Abhängigkeit von Hospizgröße, baulicher Ausstattung und öffentlichen Zuschüssen, unterschiedlichen Investitionskosten. An den aktuell in der Spannbreite von rund 210 EUR bis rund 360 EUR liegenden Tagesbedarfssätzen (vollstationäre Hospizversorgung für Erwachsene) wird deutlich, dass bei den Verhandlungen die unterschiedlichen Angebote und Kostenstrukturen berücksichtigt werden. Die unterschiedlichen Bedarfssätze sind kein Indiz für eine unzureichende Finanzierung von stationären Hospizen, sondern ein Beleg für die z. T. sehr unterschiedliche Kostenstruktur von Hospizen, die jeweils individuell berücksichtigt wird. Hinweise darauf, dass insbesondere stationäre Hospize in ländlichen Regionen keine auskömmliche Finanzierung mit den Krankenkassen vereinbaren könnten, sind aus den vereinbarten Bedarfssätzen hingegen nicht ableitbar.

Seit der Gesetzesänderung im Rahmen des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.07.2009 ist neben der gesetzlichen Festlegung eines Vom-Hundert-Zuschusses zu den zuschussfähigen Kosten auch ein gesetzlicher Mindestzuschuss in Anlehnung an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (aktuell 7 v. H. der monatlichen Bezugsgröße = 198,45 EUR) vorgesehen. Der hospizindividuelle Zuschuss zur stationären Hospizversorgung darf diesen Mindestzuschuss nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nicht überschreiten. Diese bereits bestehende und nun weiterentwickelte Systematik ist inkonsistent, da die Basis zur Festlegung des tagesbezogenen Bedarfssatzes die tatsächliche Kostenstruktur eines Hospizes ist. Ist der Mindestzuschuss höher als der auf Grundlage der Kostenstruktur errechnete tagesbezogene Bedarfssatz, resultiert daraus eine gesetzlich nicht beabsichtigte Vollfinanzierung stationärer Hospizleistungen. Zudem wird durch die geplanten weiteren Änderungen der Rahmenbedingungen zur Finanzierung stationärer Hospizleistungen das bestehende Modell der Vergütungsvereinbarung gestärkt und durch Standardsetzung der Rahmenvereinbarungspartner weiter vereinheitlicht (s. nachfolgende Ausführungen zur Festlegung der Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen).

Sollte weiterhin an der Festlegung eines gesetzlichen Mindestzuschusses und dessen beabsichtigter Anhebung festgehalten werden, wird zumindest empfohlen klarzustellen, dass sich dieser Mindestwert auf die vollstationäre und nicht auf die teilstationäre Versorgung in Hospizen bezieht.

Die vorgesehene Verpflichtung der Partner der Rahmenvereinbarung zur Hospizversorgung (§ 39a Abs. 1 SGB V), zukünftig bundesweit geltende Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen festzulegen und dabei den besonderen Verwa-

tungsaufwand stationärer Hospize zu berücksichtigen, soll ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf der Verringerung regionaler Unterschiede bei der finanziellen Förderung stationärer Hospize dienen, da es bei den Vertragsverhandlungen zu teils großen Unterschieden, vor allem in der Definition der zuschussfähigen Kosten, komme. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass die Vereinbarungspartner bisher von der auch im Rahmen der geltenden gesetzlichen Vorschrift bestehenden Kompetenz, weitreichende Festlegungen auf Bundesebene zu treffen, bewusst keinen Gebrauch gemacht haben. Die Besonderheiten dieses Leistungsbereichs und die notwendige Flexibilität bei der Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation sind hierfür ursächlich. Ungeachtet dessen kann die geplante gesetzliche Regelung nachvollzogen werden, zumal sie den Vereinbarungspartnern den notwendigen Handlungsspielraum im Hinblick auf die Regelungstiefe lässt.

Die in der vorgesehenen gesetzlichen Regelung angeführten Standards zum Umfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen sind zentrale Parameter der Versorgung, sodass weitergehende Regelungen zur Sicherung möglichst bundeseinheitlicher Ausgangsbedingungen beitragen und damit die regionalen Vertragspartner unterstützen können. Allerdings wird empfohlen, auf den Begriff „Standards“ zu verzichten, da dieser Begriff im SGB V regelmäßig im Kontext von medizinischen Therapiestandards und evidenzbasierter Medizin verwendet wird. Eine vergleichbare Standardsetzung durch die Rahmenvereinbarungspartner ist erkennbar nicht beabsichtigt und mit Blick auf das differenzierte Leistungsspektrum der Hospize auch nicht sachgerecht. Ferner sollte anstelle „des Umfangs der Leistungen“ auf „Art und Inhalt der Leistungen“ abgestellt werden, da sich der Leistungsumfang (im Sinne von Dauer und Häufigkeit) nach dem individuellen Bedarf richten muss. Darüber hinaus sollten sich die Festlegungen der Rahmenvereinbarungspartner auch auf die sachlichen (einschließlich baulichen) und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung sowie die notwendigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung beziehen.

In den Ausführungen der Begründung zum Gesetzentwurf wird darauf hingewiesen, dass die Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf die Leistungen der Hospizversorgung über den die medizinisch-pflegerische Versorgung betreffenden Rahmen hinaus erweitert wurde, indem z. B. auch die psychosoziale Betreuung im Hospiz, wie etwa die Sterbebegleitung durch Hospizkräfte sowie die Einbeziehung und die Begleitung trauernder Angehöriger in der Sterbephase, bezuschusst wird. Diesem Auftrag wird bereits weitgehend durch die geltende Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 SGB V Rechnung getragen. Zutreffend wird in der Begründung auch darauf hingewiesen, dass es hospizliche Leistungen gibt, die keinen Bezug zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung haben und daher gesamtgesellschaftlich zu tragen sind, wie es in der Hospizarbeit durch ehrenamtliches

Engagement und Spenden geschehe. Dies gelte z. B. für Freizeitangebote, kulturelle Veranstaltungen oder pädagogische Angebote.

Der vorgesehene explizite Hinweis im Gesetzeswortlaut, dass der besondere Verwaltungsaufwand stationärer Hospize zu berücksichtigen ist, soll ausweislich der Begründung zu einer Überprüfung führen, ob die Rahmenvereinbarung den administrativen Aufwand durch häufige Bewohnerwechsel ausreichend Rechnung trägt. Hier sei darauf verwiesen, dass die Rahmenvereinbarungspartner diese Aspekte sowohl durch die Regelungen zum vorzuhaltenden Personal (insbesondere Hauswirtschafts- und Funktionspersonal) als auch durch die festgelegten Vergütungsgrundsätze bereits berücksichtigt haben. Diese sehen bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes eine jahresdurchschnittliche Belegung des Hospizes von in der Regel 80 v. H. vor, sodass entsprechende Lücken zwischen Bewohnerübergängen einkalkuliert sind.

Mit der vorgesehenen Erhöhung des gesetzlichen Zuschusses zu den zuschussfähigen Kosten der Hospize von 90 v. H. auf 95 v. H. – bei der Versorgung von Erwachsenen – soll die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize insgesamt verbessert werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Regelungen untereinander kompatibel sind. In Abhängigkeit von der tatsächlichen Kostenstruktur eines Hospizes, kann die geplante Anhebung des Mindestzuschusses um über 28 v. H. zu einer Vollfinanzierung führen. Die Auswirkungen auf die für diesen besonderen Versorgungsbereich wichtige Balance im Hinblick auf das tragende Element der bürgerschaftlichen Verankerung der Hospizbewegung, sollten sorgfältig abgewogen werden. Es sollten auch weiterhin keine Impulse gesetzt werden, Hospize vermehrt als Wirtschaftsbetriebe anzusehen.

Eigene Rahmenvereinbarung für Kinder

An die Versorgung von lebenslimitierend erkrankten bzw. sterbenden Kindern und Jugendlichen sind besondere Anforderungen zu stellen. So kann die Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen aufgrund der besonderen Krankheitsbilder länger erforderlich sein als bei Erwachsenen oder wiederholte Hospizaufenthalte erfordern. Zudem werden an Kinderhospize auch im Hinblick auf die altersspezifische Versorgung besondere Anforderungen gestellt. Diese im Vergleich zu Erwachsenenhospizen besonderen Aspekte wurden im Jahre 2010 in der Rahmenvereinbarung abgebildet. Seinerzeit wurde kein Bedarf gesehen, eine eigenständige Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche zu schließen. Die Rahmenvereinbarungspartner werden nun erneut intensiv zu bewerten haben, ob eine eigene Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche erforderlich ist.

Überprüfung der Rahmenvereinbarung alle vier Jahre

In der Vergangenheit wurde die Rahmenvereinbarung insbesondere bei gesetzlichen Änderungen oder bedarfsabhängig überarbeitet. Die Rahmenvereinbarung kann zudem von den Vertragsparteien mit der Konsequenz gekündigt werden, dass neue Verhandlungen aufgenommen werden. Dieses Vorgehen hat sich bewährt. Der Bedarf für eine Routineüberprüfung in starren Zeitintervallen wird nicht gesehen. Sofern dennoch an der vorgesehenen Regelung zur Überprüfung alle vier Jahre festgehalten wird, sollte im Gesetzeswortlaut die vorgesehene „Anpassung an aktuelle Kostenentwicklungen“ gestrichen werden. Die Rahmenvereinbarung auf Bundesebene legt nur Vergütungsgrundsätze fest. Die Anpassung an aktuelle Kostenentwicklungen ist Bestandteil der Verträge und Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und Hospizen.

C) Änderungsvorschläge

Sofern an der gesetzlichen Festlegung eines Mindestzuschusses festgehalten wird:

In § 39a Abs. 1 Satz 3 werden hinter dem Wort „darf“ die Wörter „bei vollstationärer Versorgung in Hospizen“ eingefügt.

§ 39a Abs. 1 Satz 6 (neu) wird wie folgt formuliert:

„In der Vereinbarung sind Art und Inhalt der zuschussfähigen Leistungen, die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung bundesweit einheitlich festzulegen.“

§ 39a Abs. 1 Satz 8 (neu) wird gestrichen.

Sofern an der Überprüfung der Rahmenvereinbarung alle vier Jahre festgehalten wird:

§ 39a Abs. 1 Satz 8 (neu) wird wie folgt formuliert:

„Die Vereinbarung nach Satz 4 ist spätestens bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungsentwicklungen anzupassen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 39a Abs. 2 Förderung ambulanter Hospizdienste

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplanten Gesetzesänderungen konkretisieren den Auftrag der Rahmenvereinbarungspartner nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V, das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit zu vereinbaren. Dabei sollen sie den besonderen Belangen der Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI Rechnung tragen und sicherstellen, dass ein bedarfsgerechtes Verhältnis zwischen den hauptamtlichen sowie den ehrenamtlichen Kräften in einem ambulanten Hospizdienst gewährleistet ist. Zudem soll der Anspruch auf eine Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst auch im Krankenhaus bestehen, sofern der Krankenhausträger dies beauftragt. Neben den Personalkosten sollen zukünftig auch Sachkosten (z. B. Fahrtkosten) durch die Krankenkassen gefördert werden. Zudem sollen die Rahmenvereinbarungspartner festlegen, dass die Förderung der ambulanten Hospizarbeit zeitnah ab dem Jahr erfolgt, in dem der ambulante Hospizdienst zuschussfähige Sterbebegleitungen leistet. Weiter ist die Rahmenvereinbarung zukünftig alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.

B) Stellungnahme

Sterbebegleitung in der stationären Pflegeeinrichtung und in Krankenhäusern

Sowohl in der aktuellen gesetzlichen Regelung des § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V als auch in der diesbezüglichen Rahmenvereinbarung wird explizit geregelt, dass in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachte Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste gefördert werden und damit in die Zuschussberechnung einfließen. Die nachvollziehbare und richtige Intention des Gesetzgebers ist es, dass die Rahmenvereinbarungspartner diesen Aspekt stärker herausstellen, das Bewusstsein für diese Regelung geschärft und die Vernetzung verschiedener Angebote gefördert werden.

Die beabsichtigte Änderung, dass ambulante Hospizdienste im Auftrag des Krankenhausträgers auch Sterbebegleitungen für Versicherte in Krankenhäusern erbringen können, kann nachvollzogen werden und ist im Sinne der sektorenübergreifenden Vernetzung sinnvoll. Durch die aktuelle gesetzliche Regelung, dass ein Anspruch auf eine Förderung nur für die Begleitung von Versicherten besteht, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, ist eine explizite gesetzliche Regelung erforderlich.

Förderung von Sachkosten

Die Förderung ambulanter Hospizdienste soll sich zukünftig nicht nur auf einen angemessenen Zuschuss zu Personal-, sondern auch zu Sachkosten des Hospizdienstes, z. B. für Fahrkosten der ehrenamtlichen Begleiter, beziehen. Dies kann aus der Perspektive der Hospizdienste im Grundsatz nachvollzogen werden. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass einige Bundesländer ambulante Hospizdienste finanziell unterstützen, indem sie u. a. Sachkosten der Hospizdienste fördern. Es ist zu befürchten, dass sich die Länder bei einer Erweiterung des Förderanspruchs gegen die Krankenkassen aus der eigenen Förderung dieses bürgerschaftlichen Engagements noch weitergehend zurückziehen und damit die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) allein für die Finanzierung der Hospizstruktur verantwortlich bleiben, obwohl es sich zweifelsohne um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabenstellung handelt.

Zeitnahe Förderung

Die beabsichtigte Änderung, dass ambulante Hospizdienste bereits zeitnah ab dem Jahr eine Förderung erhalten sollen, in welchem sie zuschussfähige Sterbebegleitungen leisten, wird unterstützt. Die derzeitige Regelung der Rahmenvereinbarung, wonach ein ambulanter Hospizdienst seit einem Jahr bestehen muss, um eine Förderung zu erhalten, wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass ein alleiniger Strukturaufbau ohne tatsächlich geleistete Sterbebegleitungen nicht mit Beitragsmitteln der GKV gefördert werden sollte. Zudem sollte eine Förderung auf Angebote beschränkt werden, die Kontinuität in der Begleitung erwarten lassen. Mit der nunmehr beabsichtigten Regelung wird ein sachgerechter Ausgleich der unterschiedlichen Interessenlagen ermöglicht.

Verhältnis Ehrenamtler/Hauptamtler

Die Rahmenvereinbarung sieht derzeit unter § 5 Abs. 4 – im Kontext einer unter Berücksichtigung der Größe und des regionalen Einzugsbereichs als zulässig erachteten Tätigkeit für mehrere Hospizdienste – vor, dass eine hauptamtliche Koordinatorin nicht mehr als 50 Ehrenamtler koordinieren soll. Diese Regelung gibt demnach keine feste Verhältniszahl vor, sondern ist eher als Richtschnur für die regionalen Vertragspartner zu verstehen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Anzahl der einsatzbereiten Ehrenamtler allein nicht die Koordinierungs- und Beratungsaufgaben der hauptamtlichen Kraft bestimmen wird. Relevant dürften insoweit auch insbesondere die Anzahl und Dauer der Sterbebegleitungen, die jeweilige Organisation von Schulung/Qualifizierung der Ehrenamtler sowie die Supervision und die

regionalen Rahmenbedingungen sein. Diese Aspekte werden die Rahmenvereinbarungspartner zu berücksichtigen haben.

Überprüfung der Rahmenvereinbarung alle vier Jahre

Die Notwendigkeit für die vorgesehene Überprüfung der Rahmenvereinbarung alle vier Jahre wird nicht gesehen. In der Vergangenheit wurde die Rahmenvereinbarung insbesondere bei gesetzlichen Änderungen oder bedarfsabhängig überarbeitet. Die Rahmenvereinbarungspartner haben dabei sehr kurzfristig auf notwendige Anpassungen reagiert, wie zuletzt mit einer Ergänzungsvereinbarung zum Einbezug der bei PKV-Versicherten geleisteten Sterbebegleitungen. Die Rahmenvereinbarung kann zudem von den Vertragsparteien gekündigt werden mit der Konsequenz, dass neue Verhandlungen aufgenommen werden. Dieses Vorgehen hat sich bewährt, ist flexibel und bildet Bedarfe besser ab, als eine Routineüberprüfung in starren Zeitintervallen. Sofern dennoch an der vorgesehenen Regelung zur Überprüfung alle vier Jahre festgehalten wird, sollte im Gesetzeswortlaut die vorgesehene „Anpassung an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen“ gestrichen werden, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Es handelt sich weder bei den ehrenamtlichen Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste um GKV-finanzierte **Versorgungsleistungen**, bei denen Versorgungs- und Kostenentwicklungen zu berücksichtigen wären, noch legen die Rahmenvereinbarungspartner Parameter der zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes in einer Art und Weise fest, dass diese an Kostenentwicklungen anzupassen wären.

C) Änderungsvorschläge

§ 39a Abs. 2 Satz 11 (neu) wird gestrichen.

Sofern an der Überprüfung der Rahmenvereinbarung alle vier Jahre festgehalten wird:

§ 39a Abs. 2 Satz 11 (neu) wird wie folgt formuliert:

„Die Vereinbarung ist spätestens bis zum ... anzupassen und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen eines neuen § 39b SGB V sollen Versicherte einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung gegen über der Krankenkasse erhalten. Inhalt der Beratung soll auch die Erstellung einer Übersicht der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote sein. Dabei soll die Krankenkasse bei Bedarf auch Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und Leistungsanspruchnahme geben. Ein enger Bezug zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie anderen bereits in Anspruch genommenen Beratungsangeboten soll hergestellt werden. Dabei sind auf Verlangen des Versicherten die Angehörigen und andere Vertrauenspersonen an der Beratung zu beteiligen. Im Auftrag der Versicherten soll die Krankenkasse zudem die Leistungserbringer und Einrichtungen, die an der Versorgung beteiligt sind, über die wesentlichen Beratungsinhalte und Hilfestellungen informieren oder dem Versicherten ein entsprechendes Begleitschreiben aushängen. Die erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten soll nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten zulässig sein, die jederzeit schriftlich widerrufen werden kann. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben an andere Krankenkassen, deren Verbände und Arbeitsgemeinschaften übertragen.

B) Stellungnahme

Die Intention, mit der vorgesehenen Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen die Transparenz über bestehende Beratungs- und Versorgungsangebote zu erhöhen und den betroffenen Versicherten in dieser Lebenssituation weitergehende Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung anzubieten, wird unterstützt. Zu vermeiden ist aber in jedem Fall, dass beim Beratungsgeschehen Doppelstrukturen zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung aufgebaut werden. Nach § 7a SGB XI besteht bereits ein individueller Rechtsanspruch auf eine umfassende Beratung und Hilfestellung für alle Personen, die entweder Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten oder die Leistungen beantragt haben und einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben. Die Pflegeberatung im Sinne des § 7a ist als individuelles Fall- bzw. Case-Management angelegt, das über die allgemeinen Aufklärungs- und Beratungspflichten der Pflegekasse hinausgeht. Sie richtet sich direkt an die Leistungsberechtig-

tigten und in der Praxis werden Angehörige regelhaft mit einbezogen. Zu den Aufgaben der Pflegeberater gehören nicht nur die Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellung des MDK, sondern auch die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Unterstützung bei der Durchführung, seine Überwachung und Anpassung sowie bei komplexen Hilfebedarfen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses. Mit der Pflegeberatung wird den Anspruchsberechtigten eine individuelle Begleitung zur Verfügung gestellt und bei der Inanspruchnahme und der Koordinierung der notwendigen Leistungen aus den unterschiedlichen Leistungssystemen (SGB XI und SGB V), z. B. kurative, rehabilitative, sonstige medizinische, pflegerische und soziale Hilfe- und Unterstützungsangebote geholfen. Die vorgesehene Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen ist deshalb – wie in der gesetzlichen Regelung vorgesehen – mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI abzustimmen und je nach Bedarf so zu verzahnen, dass eine Beratung aus einer Hand erfolgt.

Die vorgesehene Zulässigkeit der Übertragung dieser Aufgabe an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften ist sachgerecht. Die vorgesehene Ausgestaltung des § 39b SGB V ist insbesondere mit dem Schriftformerfordernis der Einwilligung weder praxis- noch zielgruppenorientiert. Gerade bei dem hier relevanten Personenkreis dürfen im Sinne des Versicherten keine bürokratischen Hürden aufgebaut werden. Der Anspruch des Versicherten darf nicht daran scheitern, dass der Versicherte aufgrund seiner gesundheitlichen Situation angesichts des Schriftformerfordernisses auf eine Beratung bzw. den Widerruf seiner Einwilligung verzichtet. Von daher sollte die Einwilligungsregelung analog der Regelung zur Beratung und Aufklärung nach § 7 Abs. 2 Satz 3 SGB XI ausgestaltet werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 39b Sätze 7 und 8 (neu) werden wie folgt gefasst:

„Maßnahmen nach dieser Vorschrift und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen beziehen sich auf die Ergänzung des Umfangs der vertragsärztlichen Versorgung um die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Des Weiteren soll verfügt werden, dass die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nicht durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen darf.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des in § 73 Abs. 2 SGB V geregelten Umfangs der vertragsärztlichen Versorgung um die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist sachgerecht und trägt der Aufnahme der Verordnungsleistung in die vertragsärztliche Versorgung durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung Rechnung.

Auch der Ausschluss der Verordnung von SAPV durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist sinnvoll, da gemäß § 7 Abs. 1 der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die Verordnung durch die behandelnde Vertragsärztin oder den behandelnden Vertragsarzt die Prüfung auf Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens voraussetzt, welche palliativmedizinische Kenntnisse erfordert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6a

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in § 87 Abs. 1b SGB V sollen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zu einer noch zu benennenden Frist verpflichtet werden, im Rahmen des Bundesmantelvertrages Voraussetzungen für eine „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ zu vereinbaren. Die Regelung sieht weiterhin vor, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) spätestens sechs Monate nach Ablauf der Umsetzungsfrist durch den Bewertungsausschuss zu überprüfen und anzupassen ist. Der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme für die Vereinbarung für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung zu geben und die Stellungnahme ist mit einzubeziehen. Erstmals bis zum 31.12.2017 und danach jährlich soll der Bewertungsausschuss zur Entwicklung der palliativmedizinischen Leistungen sowie zur Versorgungsqualität gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit berichten.

Die Gesetzesbegründung zu § 87 Abs. 1b SGB V sieht zudem vor, dass die vertragsärztlichen Leistungen der „besonderen qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ zwei Jahre lang extrabudgetär zu vergüten sind. Der Bewertungsausschuss kann zudem eine Fortführung dieser Finanzierungsregelung empfehlen.

B) Stellungnahme

Es wird die Intention des Gesetzgebers begrüßt, mit den vorgesehenen Änderungen in § 87 Abs. 1b SGB V die allgemeine ambulante Palliativversorgung zu stärken. Auch vonseiten des GKV-Spitzenverbandes wird der Bedarf zur stärkeren Nutzung der vorhandenen palliativmedizinischen Qualifikationsangebote durch die Vertragsärzteschaft sowie einer besseren Vernetzung und Abstimmung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern gesehen, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Mit der in § 87 Abs. 1b SGB V vorgesehenen Vereinbarung einer „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ soll eine neue Versorgungsform innerhalb der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung etabliert werden. Die neue Versorgungsform ist durch besondere Anforderungen an die Vernetzung der Leistungserbringer sowie durch

zusätzliche Leistungen gekennzeichnet, deren Erbringung und Abrechnung noch zu definierende, besondere Qualifikationen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzten voraussetzt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es nicht sinnvoll, die allgemeine ambulante Palliativversorgung in verschiedene Versorgungsformen zu differenzieren. Stattdessen soll das Qualitätsniveau der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung insgesamt angehoben werden. Zudem wird insbesondere die Abgrenzung der „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) als schwierig eingeschätzt, da die SAPV ebenfalls durch hohe ärztliche Qualifikationsanforderungen, spezifische Leistungen zur Koordination der Versorgung sowie durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit gekennzeichnet ist. Es erscheint daneben schwer vorstellbar, wie die „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ von der palliativmedizinischen Versorgung abgegrenzt werden könnte, die bereits heute durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte geleistet wird. So ist die palliativmedizinische Versorgung seit jeher ein zentraler Bestandteil der hausärztlichen Versorgung. Die Hausärzte betreuen ihre Patienten selbstverständlich auch in dieser schwierigen Lebensphase mit großem Engagement und koordinieren bereits heute verschiedene medizinische und pflegerische Versorgungsangebote. Insofern kann das Ziel nicht die Schaffung einer zusätzlichen Versorgungsform sein. Der Fokus muss vielmehr auf die Weiterentwicklung der palliativmedizinischen Versorgung im Rahmen der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung gelegt werden.

Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, dass die gemäß § 87 Abs. 1b SGB V zu definierenden Anforderungen nach den Nummern 1 bis 4 sich generell auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch Vertragsärzte beziehen sollen. Des Weiteren wird die in der Gesetzesbegründung vorgesehene extrabudgetäre Vergütung der Leistungen der „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ abgelehnt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes handelt es sich bei der Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten als auch bei der Koordination der Versorgung nicht um „neue“ Leistungen, da diese bereits über verschiedene Vergütungsregelungen im EBM sowie der Onkologievereinbarung des Bundesmantelvertrages (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) vergütet werden. Daher sollte im Gesetzentwurf klargestellt werden, dass eine Anpassung des EBM in Folge der Regelung von Anforderungen an die allgemeine ambulante Palliativversorgung (z. B. Knüpfung von vorhandenen vertragsärztlichen Leistungen an Qualifikationsanforderungen, spezifischere Abbildung von Koordinationsleistungen im EBM) innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu finanzieren ist.

Im Zusammenhang mit der Verbesserung der Qualität der Versorgung sowie der transparenten Darstellung der Versorgungsqualität werden die gemäß § 87 Abs. 1b Nr. 4 SGB V vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung sowie die in § 87 Abs. 1b

Satz 6 SGB V verfügte Berichtspflicht des Bewertungsausschusses zur Umsetzung dieser Maßnahmen sowie zur Entwicklung der palliativmedizinischen Leistungen begrüßt. Auch die vorgesehene Stellungnahme der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer zu der von den Partnern des Bundesmantelvertrages zu treffenden Vereinbarung wird als sinnvoll betrachtet.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 1b SGB V wird wie folgt gefasst:

„(1b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Voraussetzungen für die allgemeine ambulante Palliativversorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

1. Inhalte und Ziele der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und deren Abgrenzung zu anderen Leistungen,
2. Qualifikationsanforderungen an die ärztlichen Leistungserbringer,
3. Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen,
4. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.

Der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Auf Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt anzupassen. Die ärztlichen Leistungen gemäß Nr. 1 bis Nr. 4 sind aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31.12.2017 und danach jährlich über die Entwicklung der abgerechneten palliativmedizinischen Leistungen auch in Kombination mit anderen vertragsärztlichen Leistungen, über die Zahl und Qualifikation der ärztlichen Leistungserbringer, über die Versorgungsqualität sowie über die Auswirkungen auf die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.09.2015
zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und
Palliativversorgung in Deutschland (HPG)
Seite 23 von 43

das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen besti m-
men.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6b

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht gemäß § 87 Abs. 2a SGB V vor, dass bis zum 31.12.2015 mit Wirkung zum 01.04.2016 eine Regelung zur Vergütung von „zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen“, die im Rahmen von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß § 119b SGB V erbracht werden, im EBM aufzunehmen ist. Gemäß der Gesetzesbegründung zur Änderung in § 87 Abs. 2a SGB V sollen die im EBM aufzunehmenden Kooperations- und Koordinationsleistungen zwei Jahre außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden. Im Anschluss kann der Bewertungsausschuss eine Fortführung der extrabudgetären Finanzierung empfehlen.

B) Stellungnahme

Vonseiten des GKV-Spitzenverbandes wird das vom Gesetzgeber beabsichtigte Ziel der Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen geteilt. Die gemäß § 87 Abs. 2a SGB V vorgesehene Vergütung von „zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen“ im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab wird jedoch nicht als geeignet angesehen, um dieses Ziel zu erreichen und daher abgelehnt. Die ärztliche Betreuung von Pflegeheimbewohnern sowie die Koordination der Versorgung ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und im EBM abgebildet. Da es sich dabei nicht um neue Leistungen handelt, ist auch eine extrabudgetäre Finanzierung dieser Leistungen abzulehnen.

Vonseiten des GKV-Spitzenverbandes stellen die Kooperationserträge nach § 119b SGB V ein geeignetes Instrument dar, um den zusätzlichen, regional unterschiedlichen Bedarf zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen. Entsprechend den regional unterschiedlichen Versorgungsbedarfen sind von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Rahmen der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V unterschiedliche Leistungen zu erbringen. Mit den bisher im SGB V vorgesehenen regional vereinbarten Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V kann den regionalen Vertragsbesonderheiten Rechnung getragen werden. Dagegen würde die in

§ 87 Abs. 2a SGB V vorgesehene einheitliche Vergütung der ärztlichen Leistungen über den EBM zum einen zu einer möglichen Doppelfinanzierung von ärztlichen Leistungen führen, die bereits im EBM abgebildet sind. Zum anderen ist es nicht möglich, mit einer Vergütungsregelung im EBM die heterogenen Vertragsausgestaltungen mit unterschiedlichen Anforderungen an die vertragsärztliche Leistungserbringung angemessen zu berücksichtigen.

Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, die bisher im SGB V vorgesehene befristete Möglichkeit der Vereinbarung von regionalen Zuschlägen auf den Orientierungswert in eine dauerhafte Entfristung umzuwandeln und die vorgesehenen Änderungen in § 87 Abs. 2a SGB V zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a SGB V wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 92 Abs. 7 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll den Auftrag erhalten, in seiner Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege das Nähere zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung zu regeln. Daneben sollen die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung in den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Weiterentwicklung der Richtlinie häusliche Krankenpflege des G-BA ist sachgerecht und wird begrüßt. Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Dezember 2014 ein Antrag auf Erweiterung der Richtlinie zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege in die Beratungen des G-BA eingebracht.

Die vorgesehene gesetzliche Änderung stellt mit der Formulierung „Näheres zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung“ auf den inhaltlich nicht näher ausgefüllten Begriff der ambulanten Palliativversorgung ab. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird in diesem Kontext ausgeführt, dass die beabsichtigte Änderung insbesondere eine „Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege, die...den besonderen Versorgungsbedarf von Palliativpatienten berücksichtigen sollen“ zum Ziel hat. Durch diese Regelungen und Ausführungen wird insgesamt nicht ausreichend deutlich, welchen Leistungsinhalt die ambulante Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege haben soll (s. auch Ausführungen zu Art. 1 Nr. 2). Im Interesse der Normenklarheit sollte deshalb im Gesetzeswortlaut auf den unbestimmten Begriff der ambulanten Palliativversorgung verzichtet werden.

Die vorgesehene Ergänzung eines auf die Regelungen nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 (neu) begrenzten Stellungnahmerechts der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung auf Bundesebene ist folgerichtig.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 15.09.2015
zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und
Palliativversorgung in Deutschland (HPG)
Seite 27 von 43

C) Änderungsvorschlag

§ 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 (neu) wird wie folgt ergänzt:

„5. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege für Palliativpatienten.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung in § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V sieht eine Umwandlung der bisherigen fakultativen Möglichkeit zum Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in eine Verpflichtung vor. Des Weiteren wird die in § 119b Abs. 2 SGB V enthaltene Frist, bis zu der die Partner der Verträge nach § 82 Absatz 1 SGB V und § 87 Absatz 1 SGB V Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen beschließen sollen, gestrichen.

Zudem soll § 119b Abs. 3 SGB V neu gefasst werden, indem die bisher bestimmte Evaluation der regional zu vereinbarenden Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses in eine Evaluation des Bewertungsausschusses der gemäß dem Gesetzentwurf in den EBM aufzunehmenden „zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen“ im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V umgewandelt wird. Es sollen bis zum 31.12.2017 die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen sowie die finanziellen Auswirkungen dieser Leistungen evaluiert und die Ergebnisse der Bundesregierung berichtet werden. Die für die Evaluation erforderlichen Daten sind u. a. von den Kranken- und Pflegekassen zu erfassen und über den GKV-Spitzenverband an den Bewertungsausschuss zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Mit der Aufnahme einer gesetzlichen Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V findet eine stärkere Einbeziehung der vollstationären Pflegeeinrichtungen in die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern statt. In diesem Zusammenhang ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu begrüßen, dass die in § 119b Abs. 1 Satz 2 SGB V vorgesehene Möglichkeit der Pflegeeinrichtungen auf Anstellung eines Arztes und Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung bei Nichtzustandekommen eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V erhalten bleibt.

Die gemäß § 119b Abs. 2 SGB V vorgesehene Streichung der Frist ist sachgerecht, da entsprechende Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen von den

Partnern des Bundesmantelvertrages vereinbart wurden (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag).

Aufgrund der aus Sicht der GKV nicht erforderlichen Aufnahme von „zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen“ im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V in den EBM, wird die in § 119b Abs. 3 SGB V vorgesehene Evaluation sowie die zusätzlich vorgesehenen Datenlieferungen durch die Krankenkassen überflüssig .

Darüber hinaus kann eine Streichung der bisher in § 119b Abs. 3 SGB V vorgesehenen Evaluation der regionalen Zuschläge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses erwogen werden, da sich der GKV-Spitzenverband für eine dauerhafte Entfristung der regionalen Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V ausspricht und die Möglichkeit zur Vereinbarung von regionalen Zuschlägen auf den Orientierungswert zur Förderung von Kooperationsverträgen dauerhaft bestehen bleiben soll .

C) Änderungsvorschlag

Streichung von § 119b Abs. 3 SGB V.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Vertragsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und geeigneten Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) soll eine Schiedsregelung eingeführt werden. Die Vertragspartner haben danach eine unabhängige Schiedsperson zu bestimmen, die bei Nichteinigung den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, soll diese von der zuständigen Aufsichtsbehörde der vertragsschließenden Krankenkasse bestimmt werden. Die Kosten des Schiedsverfahrens sollen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen tragen. Zudem sollen Verträge zur ambulanten Palliativversorgung sowie zur SAPV zukünftig auch auf der Grundlage der §§ 73b SGB V oder 140a SGB V abgeschlossen werden können. Für diese Verträge sollen die Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 sowie die maßgeblichen Richtlinien des G-BA entsprechend gelten.

B) Stellungnahme

Laut Begründung zum Gesetzentwurf sollen durch die vorgesehene Schiedsregelung Vertragsabschlüsse beschleunigt und somit sogenannte „weiße Flecken“ in der Versorgungslandschaft beseitigt werden. Die Intention eines möglichst flächendeckenden Aufbaus der Versorgungsangebote wird geteilt. Nach vorliegenden Erfahrungen zeigt sich jedoch, dass in einigen sog. strukturschwachen Regionen insbesondere die für den Aufbau eines solchen spezialisierten ambulanten Leistungsangebots erforderlichen Fachkräfte mit spezifischer Qualifikation und Berufserfahrung vielfach nicht vorhanden sind. Dies wird auch durch das Instrument der Schiedsregelung nicht beeinflusst.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen Verträge nur mit geeigneten Einrichtungen und Personen schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist (vgl. § 132d Abs. 1 Satz 1). Sofern an der vorgesehenen Schiedsregelung festgehalten werden soll, ist in der gesetzlichen Regelung klarzustellen, dass die Schiedsregelung nur für Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen greift, die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig sind.

In den Rahmenempfehlungen zur SAPV nach § 132d Abs. 2 wurden entsprechend dem gesetzlichen Auftrag u. a. auch Indikatoren für die Feststellung des Bedarfs an SAPV-Leistungserbringern und zur Qualitätssicherung festgelegt. Für den weiteren bedarfsgerechten

Strukturaufbau ist es erforderlich, die Datenbasis über das Versorgungsgeschehen zu verbessern. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, den Regelungsbereich der Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 um Aspekte der Dokumentation und Auswertung versorgungsrelevanter Daten zu erweitern.

Bereits vor Einführung der SAPV zum 01.04.2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gab es regionale Modelle und Selektivverträge, die eine vernetzte Palliativversorgung vorsahen. Diese vorhandenen Strukturen wurden – entsprechend der im Rahmen des seinerzeitigen Gesetzgebungsverfahrens geäußerten Intention des Gesetzgebers – bei der Implementierung der SAPV ggf. berücksichtigt bzw. fortgeführt. Ausweislich der Begründung zum Gesetzesentwurf soll nunmehr zur Sicherung des Bestands dieser Angebote klargestellt werden, dass solche selektivvertraglichen Versorgungsformen zulässig sind. Darüber hinaus soll geregelt werden, dass für diese selektivvertraglichen Angebote die Rahmenempfehlungen zur SAPV nach § 132d Abs. 2 und die maßgeblichen Richtlinien des G-BA entsprechend gelten, sofern nicht die Eigenart der Versorgung Abweichungen erfordern. Diese Regelungen sind vor dem Hintergrund der Intention, für bestehende selektivvertragliche Lösungen eine ausreichende Rechtsgrundlage zu schaffen, nachvollziehbar. Die Klarstellung, dass damit keine Absenkung des Qualitätsniveaus im Bereich der SAPV verbunden sein darf, wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In § 132d Abs. 1 Satz 3 (neu) sind hinter dem Wort „festgelegt“ ein Komma und die Worte „soweit der Vertragsschluss für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Satz 1 notwendig ist“ zu ergänzen.

In § 132d Abs. 2 wird in Nr. 3 hinter dem Wort „Palliativversorgung“ das Wort „sowie“ ergänzt und folgende Nr. 4 wird neu angefügt:

„4. das Nähere zur Dokumentation und anonymisierten Auswertung versorgungsrelevanter Daten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 132g (neu) Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll eine neue Leistung zur individuellen gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen eingeführt werden. Dabei können die Einrichtungen ihren Bewohnern eine solche Beratung über die medizinisch –pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase, Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung sowie Fallbesprechungen anbieten, in denen nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, mögliche Notfallszenarien besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ –medizinischen, palliativ –pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Die behandelnden Hausärzte sowie sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung sind in entsprechende Fallbesprechungen einzubeziehen. Auf Wunsch des Versicherten sind auch Angehörige sowie weitere Bezugspersonen zu beteiligen. Die Fallbesprechung kann bei wesentlichen Änderungen des Versorgungs – und Pflegebedarfes auch mehrfach angeboten werden. Die in diesem Zusammenhang erbrachten ärztlichen Leistungen sind gemäß § 132g Abs. 4 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu finanzieren. Die Einrichtungen können dieses Beratungsangebot durch entsprechend qualifiziertes eigenes Personal selbst oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen.

Das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung soll der GKV –Spitzenverband mit den Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Bundesebene vereinbaren. Maßgeblichen Leistungserbringer –, Leistungsträger – und Patientenorganisationen ist dabei Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Die Kosten für die im Rahmen des Beratungsangebotes durch die Einrichtungen erbrachten Leistungen sollen die Krankenkassen tragen. Dazu sollen Leistungseinheiten definiert werden, die die Zahl der benötigten qualifizierten Mitarbeiter und die Zahl der durchgeführten Beratungen berücksichtigen. Die ärztlichen Leistungen sollen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet werden.

B) Stellungnahme

Die Intention, die Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sowie die dafür notwendige Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer zu verbessern, wird geteilt.

Die vorgesehene Fallbesprechung soll die individuellen Bedürfnisse des Versicherten gemäß § 132g Abs. 1 erfassen. Sie erfordert u. a. auch die Erläuterung von palliativmedizinischen Maßnahmen. Da die Erfassung des Patientenwillens und die Beratung zu palliativmedizinischen Maßnahmen eine hausärztliche Aufgabe darstellt und über den EBM vergütet wird, ist die Einbeziehung des behandelnden Hausarztes in die „gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ sinnvoll. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die in § 132g Abs. 4 enthaltene Regelung, nach der die im Zusammenhang mit der „gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase“ erbrachten ärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu finanzieren sind, da es sich um allgemeine vertragsärztliche und damit auch bereits im EBM enthaltene Leistungen handelt.

Eine frühzeitige Beratung und ein mit anderen Leistungserbringern abgestimmtes Vorgehen können grundsätzlich hilfreich sein. Allerdings liegen bisher wenige Erkenntnisse und Erfahrungen darüber vor, ob ein solches Beratungsangebot einschließlich der Versorgungsplanung und der Fallbesprechung unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer tatsächlich ein geeignetes Angebot für Pflegeheimbewohner und Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist. Ungewiss ist, welche Qualifikation dies auf Seiten der Berater voraussetzt, wie sich dieses Angebot von den bereits bestehenden regelhaften Beratungs- und Unterstützungsaufgaben insbesondere der Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzte abgrenzen lässt und wie dies sinnvoll in die Versorgungsprozesse der Einrichtungen integriert werden kann. Vor diesem Hintergrund wird es für zielführend gehalten, die Umsetzung dieser neuen Leistung, insbesondere im Hinblick auf die Wirkung in der Versorgung zu evaluieren und auf dieser Grundlage mögliche Anpassungen vorzunehmen.

C) Änderungsvorschläge

§ 132g Abs. 1 Satz 1 (neu) wird wie folgt formuliert:

„(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen unter den näheren Bestimmungen des Absatzes 3 eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten.“

In § 132g Abs. 3 (neu) wird folgender Satz 4 angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugleich als Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene evaluieren bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsunddreißigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Umsetzung und Wirkung der Leistung nach Absatz 1.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 Sozialdaten bei den Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass Krankenkassen die erforderlichen Daten für die neue Beratungsleistung nach § 39b SGB V erheben und speichern dürfen.

B) Stellungnahme:

Die vorgesehene Änderung ist folgerichtig und zur Vermeidung unterschiedlicher Rechtsauslegung in Bezug auf die Frage sinnvoll, ob die mit § 39b Satz 7 (neu) SGB V eingeräumten Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungskompetenzen ausreichende Rechtsgrundlagen darstellen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in Artikel 2 vorgesehene Neufassung des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V sieht weiterhin die Möglichkeit der regionalen Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen bzw. für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vor. Allerdings soll die bisher vorgesehene befristete Möglichkeit zur regionalen Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in Pflegeheimen sowie im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119 SGB V gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Wie in der Stellungnahme zu § 87 Abs. 2a SGB V dargelegt, soll aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Möglichkeit zur Vereinbarung von regionalen Zuschlägen auf den Orientierungswert zur Förderung von Kooperationsverträgen dauerhaft bestehen und keine Vergütungsregelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden. Aus diesem Grund wird die vorgesehene Neufassung des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V abgelehnt.

Stattdessen schlägt der GKV-Spitzenverband vor, die bisher im SGB V vorgesehene befristete Möglichkeit der Vereinbarung von regionalen Zuschlägen auf den Orientierungswert in eine dauerhafte Entfristung umzuwandeln.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 wird gestrichen.

§ 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„(...) Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart

werden; nach Abschluss der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 können Zuschläge auch vereinbart werden zur Förderung

1. der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder
2. von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1.

Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus dem vereinbarten Punktwert nach diesem Absatz und dem EBM für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen.“

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Sterbebegleitung Bestandteil der Pflegeleistungen ist.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung wird begrüßt. Es wird dadurch klargestellt, dass Pflege die Sterbebegleitung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse mit einschließt. Dadurch wird keine neue Leistungspflicht für die Pflegeeinrichtungen geschaffen.

Zusätzlich könnte im Rahmen der vertraglichen Vereinbarung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI auf Bundesebene eine Konkretisierung der Qualitätsanforderung bei Sterbebegleitung in vollstationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlichen Vorgaben für die Inhalte der Landesrahmenverträge für Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen werden durch die Nennung der Sterbebegleitung ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Vorgabe, dass die Sterbebegleitung in den Landesrahmenverträgen zu berücksichtigen ist, wird begrüßt. Damit wird auch ein Impuls zur Organisationsentwicklung in Pflegeeinrichtungen gegeben. Eine Voraussetzung dafür ist, dass Einrichtungsträger die ganzheitliche Begleitung und Versorgung von Bewohnern am Lebensende als Kernaufgabe wahrnehmen und entsprechende Strukturen und Abläufe in den Einrichtungen qualitativ weiterentwickeln.

Zusätzlich zu der gesetzlichen Betonung kann im Rahmen der gemeinsamen Bundesempfehlung nach § 75 Abs. 6 eine Konkretisierung der vom Gesetzgeber gewollten Betonung erreicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Informationspflicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen wird durch Informationen über die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz ab dem 01.07.2016 erweitert.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Mitteilungspflichten der Pflegeeinrichtungen wird begrüßt. Dies setzt einen Anreiz, die Vernetzung und Kooperation mit ehrenamtlichen Hospizdiensten, SAPV-Teams und weiteren Partnern regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke zu gestalten und zu stärken. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass sich professionelle und ehrenamtliche Versorgung und Betreuung künftig besser ergänzen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen müssen durch die Neuregelung des § 114 SGB V auch die Veröffentlichung der Informationen zur Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen sicherstellen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung stellt eine Folgeänderung zur Neuregelung des § 114 SGB V dar und ist daher zu begrüßen. Die Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen über die Angebote einer Pflegeeinrichtung wird weiter verbessert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Bereich der Besonderen Einrichtungen sollen Palliativstationen oder – einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, künftig einseitig die Ausnahme von der DRG-Vergütung erklären können. Diese Regelung ersetzt die bisher vorgesehene schiedsstellenfähige Vereinbarungslösung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.

B) Stellungnahme

Im Krankenhausbereich erfolgt die Finanzierung der Palliativstationen derzeit entweder im Rahmen des DRG-Systems über bundesweit einheitliche Zusatzentgelte für die Palliativmedizinische Komplexbehandlung (neben den jeweiligen Fallpauschalen) oder krankenhausspezifisch im Rahmen von sog. „Besonderen Einrichtungen“ über tagesgleiche Pflegesätze. Änderungen der maßgeblichen „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE)“ sind diesbezüglich seitens der Selbstverwaltungspartner derzeit nicht geplant.

Der momentan existierende Mechanismus der jährlichen Vereinbarung der Ausnahmen aus dem DRG-System im Rahmen der VBE ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sinnvoll und entspricht dem Grundgedanken eines lernenden Vergütungssystems. Die Weiterentwicklungen der Vergütungssystematik hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass auch weitere Bereiche, von denen es klassischer Weise nicht erwartet wird, immer besser über die DRG-Systematik abgebildet werden konnten und grundsätzliche Ausnahmen nicht länger notwendig waren (Beispiel Kinderkliniken).

Auch im Rahmen der Palliativversorgung sind Weiterentwicklungen nicht unüblich. So wurde die DRG-Vergütungssystematik zuletzt in 2014 mit einem neuen Zusatzentgelt für eine „Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ weiter ausdifferenziert. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Abbildung dieses Leistungsbereiches in den kommenden Jahren entwickelt.

Mit der Finanzierung über das DRG-System werden daneben direkte Anreize für eine qualitativ gute palliativmedizinische Versorgung gesetzt. Es gibt über die in den entsprechenden OPS-Kodes festgeschriebenen Struktur- und Leistungsanforderungen einen direkten Bezug zu qualitativ hochwertiger Leistungserbringung und deren Vergütung.

Vor diesem Hintergrund gibt es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keine Notwendigkeit, von der bisherigen schiedsstellenfähigen Vereinbarungslösung über die VBE 2015 abzuweichen und eine gesetzliche Wahlmöglichkeit festzuschreiben. Durch die Schaffung dieses Präzedenzfalls, dem ggf. weitere Leistungsbereiche folgen könnten, würde hingegen die Akzeptanz von Vereinbarungslösungen der Selbstverwaltungspartner und des DRG-Systems insgesamt unnötig geschwächt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.

Hilfsweise:

Bei einer Beibehaltung der Neuregelung ist zusätzlich eine umfassendere Vorgabe von strukturellen Voraussetzungen, insbesondere in Form von Mindestqualifikationsstandards für das Personal einer Palliativstation durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorzusehen. Die vorzuhaltende Strukturqualität für eine Behandlung in einer Palliativstation muss dabei wenigstens den Mindestmerkmalen der palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS-Code 8-982) entsprechen.