



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0128(22)
gel. VB zur öAnhörung am 21.09.
15_HPG
18.09.2015

Stellungnahme der BAG-SAPV.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz HPG)

Drucksache 18/5170 vom 12.06.2015

Berlin 17.09.2015

Kontakt:

Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV)
Wilhelm-Wolff-Straße 38 / 13156 Berlin / c/o Björn Schulz Stiftung
www.bag-sapv.de / Tel: 0171 755 6017 / E Mail: info@bag-sapv.de

Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung im HPG stärken

Der Entwurf zum Hospiz- & Palliativ-Gesetz (HPG) ist dringlichst nachzubessern:

- Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist vorrangig durch Palliative Care Teams zu erbringen (PCT), um flächendeckende Versorgungssicherheit zu erreichen.
- Hausarztzentrierte Versorgung als monoprofessionelle Leistung ist auch in ländlichen Räumen bei Indikation für SAPV kein Ersatz für die Versorgung durch ein PCT.
- Für absehbar sterbende Patienten mit Bedarf an SAPV muss weiterhin die flächendeckende Versorgung in ganz Deutschland durch PCTs als multiprofessionelle Leistungserbringer die Zielsetzung sein.
- Selektivverträge mit Erbringern von Einzelleistungen sind kein Ersatz für die SAPV. Allerdings sind die mit Selektivverträgen eingeführten telefonischen Konsiliardienste für die hausärztliche, allgemeine Palliativversorgung unverzichtbar, weil die jährliche Fallzahl für Hausärzte, die keine Pflegeeinrichtungen versorgen, überschaubar ist.
- Dort, wo PCT versorgen, haben sie sich sektorenübergreifend als Schnittstelle für die Koordination erwiesen.
- Die aktuell laufende Errichtung des Innovationsfonds bietet in Kürze die einmalige Möglichkeit, durch Versorgungsforschung mit gezielten Fragestellungen Bedarfe in der speziellen und allgemeinen Palliativversorgung, wie auch Auswirkungen des HPG transparent zu machen.

Berlin, 17. September 2015. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV) bitten den Bundestag nachdrücklich darum, den Entwurf des Hospiz- & Palliativ-Gesetzes (HPG) nachzubessern. Die geplanten Änderungen sind unzureichend, um für etwa 10 bis 15 Prozent der Palliativ-Patienten mit schwersten Verläufen und Bedarfen eine fachlich angemessene Versorgung zu Hause mit SAPV zu gewährleisten. Vor allem die für spezialisierte Versorgung erforderliche Fachexpertise von überwiegend in der Palliativversorgung Tätigen in der „rund um die Uhr-Versorgung“ mit Rufbereitschaft und die erforderlichen pflegerisch sowie psychosozialen Anteile können Hausärzte in den wenigsten Fällen leisten, ohne ihre kassenärztlichen Verpflichtungen in der hausärztlichen Allgemeinversorgung zu verletzen. Auch die Empfehlungen von diversen Kassenärztlichen Vereinigungen, zum Quartalsende die Praxen geschlossen zu halten zeigen auf, dass eine ambulante Palliativversorgung auch durch den Sicherstellungsauftrag der KVen nicht gesichert werden kann. Betroffen und unterversorgt sind dann Patienten mit absehbar tödlich verlaufenden Erkrankungssituationen und kurzfristig schwankenden Therapiebedarfen vor allem in der Sterbephase. Gerade sie benötigen häufig eine besondere pflegerische und medizinische Versorgung durch multiprofessionelle Palliative-Care-Teams. Die BAG-SAPV befürchtet, dass mit Umsetzung des HPG in der jetzt vorgelegten Fassung die Versorgung der besonders schwer betroffenen Patienten hinter den mit dem GKV-WSG erreichten Status-Quo zurückfällt und für Patienten sowie ihre Angehörige eine mit der Menschenwürde unvereinbare Unterversorgung erneut eintritt bzw. weiterhin bestehen bleibt.

1. Versorgungspolitische Forderungen der BAG-SAPV:

- a. Die mit Wirkung zum 01. Juli 2007 als Rechtsanspruch in § 37b SGB V eingeführte - durch multiprofessionelle Palliative-Care-Teams zu erbringende – SAPV als krankenhausersetzende Spezialversorgung für absehbare sterbenden Menschen, die zu Hause sterben möchten, muss in §132d und 37b SGB V hinsichtlich der Notwendigkeit einer realen Team-Struktur konkretisiert werden.
- b. Die allgemeine Palliativversorgung mit ihrer fachlich-strukturellen Gliederung in die Palliative Basis-Versorgung (PBV) und Allgemeine Ambulante Palliativ-Versorgung (AAPV) muss mit dem Fokus auf die hausärztliche Versorgung, wie auch auf die Versorgung in Akutkrankenhäusern weiterentwickelt werden.
- c. **Der Gesetzgeber möge dafür Sorge tragen**, dass Verträge der Krankenkassen für den spezialisierten Leistungsbereich der SAPV vorrangig nur mit qualifizierten multiprofessionell ausgestatteten Teamstrukturen zulässig sind.
- d. Die Leistung der SAPV ist ärztlich und pflegerisch qualifiziert mit Ruf- und Versorgungsbereitschaft (24h/7d) in ausnahmsloser Verpflichtung durch die SAPV-Leistungserbringer zu gewährleisten.
- e. Die Multiprofessionalität ist mit verpflichtenden palliativärztlichen und –pflegerischen Anteilen sowie qualifizierter Sozialarbeit und psychologischer Betreuung mit ausreichender Finanzierung in der SAPV explizit zu regeln.
- f. **Der Gesetzgeber möge darüber hinaus explizit klarstellen**,
 - i. dass vertragsärztlich-hausärztliche Versorgung die Anforderungen an die SAPV mit Ruf- und Versorgungsbereitschaft (24h/7d) weder strukturell noch inhaltlich leisten kann.
 - ii. dass Ambulant vor Stationär weiterhin gilt: Hilfs- und Unterstützungsangebote müssen primär auf die Lebensorte und Bedarfe der Betroffenen und ihrer Angehörigen ausgerichtet werden.
 - iii. dass die Rahmenbedingungen der SAPV eine Anschubfinanzierung sowie Deckung von Vorhalteaufwand durch die GKV erhalten.

2. Ausgangslage

Die Sicherstellung einer menschenwürdigen Versorgung schwerstkranker und absehbar sterbender Menschen ist eine aktuelle humanitäre Herausforderung von besonderer Tragweite und Bedeutung für unser gesamtes Gemeinwesen und alle Akteure der Gesundheitsversorgung. Durch die Fortschritte in Medizin und Pflege erreichen heute viele Menschen ein weit höheres Lebensalter als in früheren Generationen. Damit nimmt zwangsläufig die Zahl der Menschen mit chronischen Krankheiten massiv zu, weil diese mit ihren unter Therapie kompensierten Erkrankungen ein höheres Lebensalter erreichen zumal Krisensituationen durch Akutbehandlungen überwunden werden können. Daher, und mit dem Fortschreiten ihrer chronischen und lebensbegrenzenden Erkrankungen, nimmt die Anzahl absehbar Sterbender zu. Die menschliche, soziale und gesellschaftliche Herausforderung, mit chronisch anhaltendem Leiden, langfristig ausgeprägter Hilfsbedürftigkeit und dem absehbar drohenden Lebensende emotional und mental umzugehen, nimmt bisher ungekannte Ausmaße an. Nur angesichts verfügbarer und verlässlicher Versorgungsstrukturen können Ängste in der Bevölkerung

abgebaut werden, die zu dem Wunsch nach vorzeitiger Beendigung des eigenen Lebens führen.

Bedarfsgerechte Hospiz- und Palliativ-Versorgung bald ein Menschenrecht?

Die Betroffenen haben einen steigenden Versorgungs- und Begleitungsbedarf, der sich nicht ausschließlich auf die medizinisch-pflegerischen Aspekte reduzieren lässt. Denn der sterbende Mensch sowie Angehörige aber auch Freunde bedürfen mehr noch als in jeder anderen Behandlungssituation auch als bio-psycho-soziale und spirituelle Individuen Hilfe in je individuellem Umfang. Aus diesem Grund wird einer strukturell wie inhaltlich bedarfsgemäßen und gerecht zugänglichen Hospiz- und Palliativversorgung für alle Betroffenen in internationalen Fachkreisen der Industrienationen zunehmend der Charakter eines Grund- beziehungsweise Menschenrechtes zugesprochen. Dies zu erreichen, gilt weltweit als ein prioritäres und grundlegendes Strukturentwicklungsziel für die öffentliche Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten der UN und seitens der Europäischen Union. Dies wird auch aktuell von der WHO besonders betont (WHO-Europa-Büro und WHA). Diesen sich in Ausmaß und Inhalt neu entwickelnden Bedarfen adäquat zu begegnen, ist nicht „sozialromantisch“ begründet sondern eine evidente menschliche Verpflichtung unserer modernen Gesellschaft.

3. Materiell-rechtliche Entwicklung: SAPV ist seit 2007 ein Rechtsanspruch

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG, 2006) wurde die bereits zuvor eingeführte hospizliche Begleitungsmöglichkeit in einer absehbar tödlich verlaufenden Erkrankungssituation durch den neuen Rechtsanspruch auf die Leistung „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) gemäß §37b im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) mit Wirksamkeit zum 01.07.2007 ergänzt. Der Gesetzgeber hat diese neuartige multiprofessionelle Komplexleistung, aus mindestens ärztlichen und pflegerischen Anteilen bestehend, bewusst und versorgungspolitisch gewollt außerhalb des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages eingeführt. Die SAPV sollte, der Gesetzesbegründung nach, als wesentlicher Impuls zur flächendeckenden Verbesserung der Palliativversorgung im ganzen Land beitragen. Die Notwendigkeit dieser Gesetzesinitiative wurde einerseits mit den belegten Versorgungsdefiziten und andererseits mit dem bestehenden gesellschaftlichen Konsens begründet, mit einer angemessenen Versorgung am Lebensende den häuslichen Verbleib bis zuletzt ermöglichen zu wollen. Geregelt wurde ausdrücklich nur dieser Rechts- und Leistungsanspruch (§37b SGB V). Die Kontrahierungsgrundlage für die zur Sicherstellung der Leistungserbringung beauftragten Krankenkassen regelte der Gesetzgeber in §132d SGB V.

SAPV wurde politisch gewollt außerhalb der kassenärztlichen Sicherstellung als Aufgabe multiprofessioneller Teams verortet

Die auch am Lebensende in der hausärztlichen Versorgung nach §73 SGB V beinhalteten Leistungen wurde in der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG ausdrücklich in der kassenärztlichen Sicherstellung verortet, ohne dass dies explizit zu einer Änderung in §73 SGB V geführt hätte. Eine solche gesonderte implizite Regelung hierzu wurde wegen der offensichtlich unzweifel-

Hospiz- und Palliativversorgung bedarfsgerecht gestalten

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV) vom 17.9.2015 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz- HPG) v. 12.6.15

haften Verortung im betreffenden Leistungssegment nicht getroffen. Die Regelung zur Erbringung von Leistungen gem. §37b SGB V hingegen erfolgte begründet im Kapitel „sonstige Leistungserbringer“ und somit ausdrücklich außerhalb des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages, da es sich nicht um eine singulär oder dominant ärztliche Leistung, sondern um eine neue Komplexleistung eines fachlich zwingend multiprofessionellen Teams der Spezialversorgung handelt. Diese wurde vor GKV-WSG im deutschen Gesundheitswesen, auch in ihren ärztlichen Anteilen, nicht erbracht. Sie ist daher nicht Bestandteil der Leistungen gemäß §73 SGB V. Nur damit war auch begründet, dass für diesen neuen Versorgungsauftrag in einem bedarfsorientiert neu geschaffenen Leistungssegment durch dauerhafte konkrete Einsparungsbeschlüsse neues Finanzierungspotential eröffnet worden ist.

Der G-BA hat keinen konkreten Auftrag, SAPV als Teamleistung zu definieren

Die konkrete Ausgestaltung der Leistungsinhalte, der Rahmenbedingungen für die Verordnung und der Abgrenzung der Leistungen gegenüber den bereits in der etablierten Regelversorgung verfügbaren Leistungsanteilen und die Konkretisierung des Bedarfes wurde der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (G-BA) übertragen. Die Vorgabe von Strukturkriterien als Grundlage für die Beauftragung geeigneter Leistungserbringer gemäß §132d SGB V obliegen seither regelkonform dem GKV-Spitzenverband. Eine Basis für die Definition von Mindestanforderungen an PCTs ist offensichtlich nicht gefunden worden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte im Februar 2008 mit Übermittlung der Nicht-Beanstandung der SAPV-RL den G-BA insbesondere auf die multiprofessionellen Teams hingewiesen:

„Die „Leistung soll nur durch Leistungserbringer abgegeben werden, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegekräften unter Beteiligung der Hospize, organisiert sind (Palliative Care Teams). Der Gemeinsame Bundesausschuss wird gebeten, an geeigneter Stelle eine entsprechende Ergänzung in der Richtlinie vorzunehmen.“

Trotzdem wurde die im Rahmen der Gesetzesbegründung und auch im Genehmigungsschreiben des BMG aufgestellte Forderung nach expliziter Benennung von Palliative-Care-Teams als geeignete Leistungserbringer durch den G-BA bis heute nicht umgesetzt.

Unbestimmte Begrifflichkeiten des Gesetzgebers hemmen die angemessene Strukturentwicklung

Als Zugangsvoraussetzung für Leistungen der SAPV wird nach §37b SGB V das Vorliegen einer fortschreitenden, weit fortgeschrittenen und lebensbegrenzenden Erkrankung angesehen, sofern ein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf vorliegt und die Leistung von einem Arzt verordnet wird. Die Ausgestaltung der SAPV in §132d SGB V wiederum blieb hinter den Erwartungen der Experten zurück. Zwar erfolgte die Benennung von multiprofessionellen Pal-

liative-Care-Teams als erforderliche oder politisch gewünschte Struktur im Text der Gesetzesbegründung, aber nicht explizit im Gesetzestext und wird daher regelmäßig von Krankenkassen und umgehungswilligen Leistungserbringern nicht als handlungsleitend betrachtet. Des Weiteren unterblieb eine ausdrückliche Regelung zum Verständnis von umsetzungsrelevanten Schlüsselbegriffen und Fragestellungen.

- Was ist ein Team?
- Welche Kriterien beschreiben besondere Aufwändigkeit?
- Was kennzeichnet eine Komplexleistung?
- Worin bestehen die zu berücksichtigenden besonderen Belange der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen?
- Gilt für diese zukünftig regelhaft agierenden Strukturen der Spezialversorgung von sterbenden Kindern der sogenannte Facharztstandard analog, oder ist betroffenen Kindern die Behandlung durch irgendeinen Palliativmediziner gleich welcher Fachrichtung zuzumuten?
- Müssen die Krankenkassen nur mit bereits vor und während langwierig laufender Verhandlungen existierenden „geeigneten Leistungserbringern“ verhandeln, ohne dass diese eine Möglichkeit zur zwischenzeitlichen Finanzierung bis zum erstmaligen Vertragsabschluss zur Leistungserbringung haben?
- Reicht hingegen der Nachweis einer Befähigung zur Bildung einer geeigneten Teamstruktur für den Beginn von substantiellen Verhandlungen mit den Krankenkassen gemäß §132d?
- Wie ist eine Vertragsgestaltung für die Leistungserbringung in strukturschwachen und dünn besiedelten Regionen zu etablieren?
- Wer trägt notwendigerweise entstehende Kosten der initialen Strukturbildung?

4. Versorgung in Bundesländern uneinheitlich, ländlicher Raum benachteiligt

Die Entwicklung nach Inkrafttreten des GKV-WSG verläuft höchst unterschiedlich. Es gibt Bundesländer (Stand Juli 2015) mit einer nahezu flächendeckenden Strukturvorhaltung von Palliative-Care-Teams und speziellen Teams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (beispielsweise Saarland, Hessen, Hamburg). In anderen Ländern herrschen aber zum Teil noch erhebliche Lücken. Die SAPV für Kinder und Jugendliche ist fast im ganzen Bundesgebiet mit wenigen geografischen Ausnahmen vielfach notleidend. Besonders problematisch ist dabei die Formulierung des §132d, der die Kassen nur zum Vertragsschluss und nach ihrer Lesart auch nur zu Verhandlungen mit bereits geeigneten Leistungserbringern verpflichtet. Dies erschwert die Strukturbildung in unbilliger Weise. SAPV-Verträge, die eine echte multiprofessionelle Teamstruktur zumindest auch mit Psychologen und Sozialarbeitern abbilden und finanzieren, werden von den Krankenkassen im ganzen Bundesgebiet bisher verhindert.

GKV und kommunale Träger verweigern vielfach Anschubfinanzierung und Vorhaltekostenübernahme für SAPV

Von einer Flächendeckung mit SAPV in der ganzen Republik sind wir deshalb noch spürbar entfernt. Bisher lassen sich weder die Krankenkassen Kommunen oder Länder auf eine ggf.

Hospiz- und Palliativversorgung bedarfsgerecht gestalten

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV) vom 17.9.2015 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz- HPG) v. 12.6.15

vor allem für den ländlichen Raum erforderliche Anschubfinanzierung ein. Ausnahmen hiervon sind aktuell beispielsweise die Landesregierungen im Freistaat Bayern wie auch in Hessen und Nordrhein-Westfalen.

Erschwerend ist darüber hinaus die zumeist verfolgte Kassen-Strategie bei der Vertragsgestaltung, nach Einzelleistungen und nach dem Prinzip gleiche Leistung = gleicher Preis, ohne die völlig unterschiedlichen Gestehungskosten in Ballungsräumen und in strukturschwachen ländlichen Regionen zu berücksichtigen.

Gegenwärtige Praxis erzeugt Fehlanreize

Zudem verweigern sich die Krankenkassen, die notwendigen Vorhaltekosten für eine „rund-um-die-Uhr“-Versorgung und durchgängig mit Arzt und Pflegekraft erforderliche Mindeststruktur durch Vorhaltepauschalen zu übernehmen. Im Gegenteil. Durch unangemessene Leistungsentgelte setzen die Kassen Fehlanreize zur Generierung von dokumentierter Aktivität, deren Wirkung für die Patienten zweifelhaft ist. Die Kassen verweigern sich damit, einer an den Bedarfen des zuhause versorgten Palliativpatienten orientierten Optimierung der Zielerreichung einer würdeerhaltenden Versorgung mit einer zuverlässig sichergestellten und im Bedarfsfall handlungsfähigen Teamstruktur.

5. Gesundheitsminister der Länder sollen Strukturentwicklung forcieren

Um die notwendige umfassende Versorgung gerecht und wirtschaftlich tragbar dem jeweiligen Bedarf des Sterbenden und seiner Familie angepasst zugänglich zu machen, ist ein flächendeckendes, bedarfsorientiert gestuftes Versorgungssystem in Kliniken und an allen ambulanten Versorgungsorten erforderlich:

Die allgemeine Palliativversorgung gliedert sich fachlich in:

- **Primärversorgung:** Palliative Basis-Versorgung (PBV, stationär und ambulant)

sowie die

- **Sekundärversorgung:** Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die spezialisierte Palliativversorgung hat ihre Funktion als

- **Tertiäre Spezialversorgung:** Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

In vielen Regionen Deutschlands besteht auch nach Einführung des Gesetzes zur SAPV seit 2007 nach wie vor noch Entwicklungsbedarf. Hierbei gilt es besonders zu bedenken, dass es sich bei der SAPV um eine neue Versorgungsform und Versorgungsstruktur handelt, die in besonderem Maße zukunftsweisenden Charakter aufweist (Nutzerzentrierung, Teamorientierung, Verfügbarkeit; Demenzversorgung, wohnortnahe Psychiatrie, Betreuung von schwer chronisch Kranken etc.). Der Strukturaufbau von ambulanter Palliativversorgung durch SAPV zu einem flächendeckenden Angebot und deren bedarfsgerechte Sicherstellung für Betroffene muss daher forciert werden.

Hospiz- und Palliativversorgung bedarfsgerecht gestalten

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV)
vom 17.9.2015 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung -
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz- HPG) v. 12.6.15

Einige Ergänzungen in der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und Palliativen Basisversorgung (PBV) wurden mancherorts in Selektivverträgen von KVen mit Gesetzlichen Krankenkassen erreicht. Die Einführung von Gebührenordnungspositionen für Hausärzte im Einheitlichen Bewertungs-Maßstab (EBM) bedurfte eines Schiedsamtentscheides.

Die Aufsicht für den Bund (BVA) wie auch die Länderaufsichten müssen die Selbstverwaltung zum Handeln auffordern können

Die Aufsichten der Bundesländer wie auch das Bundesversicherungsamt können die Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen für die sie zuständig sind nur auf gesetzlicher Grundlage zum Handeln auffordern. Vor allem für eine geeignete Anschubfinanzierung ist deshalb eine klare gesetzliche Zuweisung dieser Aufgabe an die Krankenkassen erforderlich.

Auch die Allgemeine ambulante Palliativ-Versorgung (AAPV) muss gestärkt werden

Um eine wirkungsvolle gestufte Versorgungsstruktur zu etablieren, müssen ebenso die ärztlichen Anteile an der AAPV als unzweifelhafter Regelbestandteil des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages in § 73 SGB V explizit festgeschrieben werden. Dazu gehören auch die in NRW eingeführten telefonischen Konsiliardienste für die Hausärzte.

Dies gilt auch für Selektivverträge im Rahmen der §§ 73b und 140a. Denn auch für die Versorgung von chronisch kranken Patienten mit lebensbegrenzenden Verläufen müssen in diese Aufgabenverteilung ebenso die Versorgungsanteile der AAPV als Leistungsbestandteil konkret geregelt sein. Und daraus folgt, dass ebenso die Überleitung in und Kooperation mit den Strukturen der SAPV zu definieren sind. Gleiches gilt auch für die Verträge der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V.

Aktuelle Beschlüsse von Spitzengremien zum HPG-Entwurf

Bundesrat fordert Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung

Der Bundesrat hat sich am 12. Juni 2015 in einem ersten Durchgang mit dem Gesetzentwurf befasst und zur weiteren Beratung in seinen Ausschüssen in einer Empfehlung festgestellt: „Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Zunahme von schwerkranken, gebrechlichen und chronisch kranken Menschen in der Bevölkerung kommt der kontinuierlichen Weiterentwicklung hospizlicher und palliativer Versorgungsstrukturen große Bedeutung zu. Die im Hospiz- und Palliativgesetz vorgesehenen Regelungen sollen Voraussetzungen für die Sicherung und flächendeckende Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland schaffen. Die Auswirkungen dieser Regelungen sollten dabei insbesondere im Hinblick auf deren Wirksamkeit geprüft werden.“ BR / DS 195/1/15

Hospiz- und Palliativversorgung bedarfsgerecht gestalten

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV)
vom 17.9.2015 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung -
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativver-
sorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz- HPG) v. 12.6.15

Gesundheitsministerkonferenz betont Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung

„Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit mittels einer Gesetzesinitiative noch in diesem Jahr die Voraussetzungen für die Sicherung und flächendeckende Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland schaffen wird. [...]Die Integration und Verzahnung der Hospiz- und Palliativversorgung in die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung sowie in die pflegerischen Versorgungsleistungen ist von eminenter Bedeutung, da für Patientinnen und Patienten gerade in diesen schwierigen Situationen nur eine kontinuierliche und ineinandergreifende Behandlung und Betreuung zur Erleichterung der schwierigen Situation beitragen wird.“

Beschluss der 88. GMK (24. und 25. Juni 2015), Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland.

Vor diesem Hintergrund fordert die BAG-SAPV

Der Bundestag und der Bundesrat mögen sich bei den anstehenden Beratungen des HPG-Entwurfes ab Ende September 2015 für eine umfassende Weiterentwicklung der SAPV einsetzen. Beide Häuser mögen den von uns fachlich begründeten Konkretisierungen der SAPV im § 132d SGB V Rechnung tragen. Gesundheitsminister Hermann Gröhe und die Gesundheitsminister der Länder werden aufgefordert, die Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu verpflichten, die notwendigen Strukturentwicklungen zügig zu beraten und umzusetzen.

Vorschläge der BAG-SAPV zu den Regelungen des Gesetzentwurfs der Bundes- regierung „Hospiz- und Palliativ Gesetz“

➤ Zielsetzung der flächendeckenden bedarfsgerechten Palliativ- und Hospiz- Versorgung- bedarf der gesetzgeberischen Nachbesserung

Auf der Grundlage der bisher bestehenden Gesetzgebung sowie der bisherigen strukturellen Gegebenheiten muss eine zugangsgerechte und an den Bedarfen der Bevölkerung ausgerichtete aber gleichfalls gesellschaftlich tragbare Versorgungsentwicklung im gesamten Bundesgebiet zur Erreichung flächendeckender und bedarfsgerechter Gestaltung zukünftiger Palliativversorgung der Bevölkerung im gesamten Bundesgebiet unterstützt werden. Die BAG-SAPV bittet in diesem Sinne um entsprechende Berücksichtigung der folgenden aus fachlicher Sicht dargestellten Vorschläge. Dabei wird der Fokus in den Kapiteln A – D ausschließlich auf Aspekte der ambulanten Palliativversorgung und hier besonders der ärztlichen Anteile und deren begründenden bzw. ausführenden Regelungen gelegt.

Die Kapitel im Einzelnen:

- A. Grundlegende **Einführung palliativer Versorgung in das SGB V** als allgemein anerkannter Versorgungsanteil der Krankenbehandlung
- B. **Konkretisierung der ärztlichen Leistungsanteile** in der ambulanten palliativen Versorgung als Bestandteil der kassenärztlichen Regelversorgung
- C. Regelungen zur flächendeckenden **Sicherstellung einer bedarfsgerechten spezialisierten Palliativversorgung (SAPV)** als Krankenhaus ersetzende Spezialtherapie der tertiären Versorgungsstufe im ambulanten Umfeld
- D. Weitere notwendige Maßnahmen zur Verbesserung von **Flächendeckung und Verfügbarkeit** bedarfsgerechter Palliativversorgung

A. Grundlegende Einführung palliativer Versorgung im SGB V als allgemein anerkannter Versorgungsanteil der Krankenbehandlung

1. Gem. § 11 (1) Nr.4 SGB V besteht ein Anspruch des Versicherten auf „Behandlung einer Krankheit“. Palliativmedizin umfasst hingegen die Behandlung des ganzen Patienten und seines zu ihm in Beziehung stehenden Umfeldes zwecks Verbesserung der Symptomkontrolle und der Lebensqualität ggf. auch ohne kausale Behandlung der den Krankheitsbeschwerden und Einschränkungen zugrundeliegenden Krankheit oder einer anderen Therapie zur Beeinflussung des Krankheitsverlaufes. Da der juristische Krankheitsbegriff sowohl den medizinischen Tatbestand des „regelwidrigen Zustandes“ als auch seine Folgen als behandlungsbedürftig einstuft, begründet diese Norm auch palliativmedizinische Interventionen ohne Zielrichtung auf die Grunderkrankung als integralen bzw. selbstverständlichen Behandlungsanteil gem. den ausführenden Regelungen in §§27-52 SGB V. Eine klarstellende Änderung des Gesetzestextes sollte erwogen werden.

Änderungsvorschlag:

Alt.: §11 (1) eigene Nr. 5 neu (vor Nr. 5 alt): zur Palliativbehandlung, auch wenn eine abschließliche Linderung der Krankheitsbeschwerden angestrebt wird.

2. Die ärztlichen Anteile einer angemessenen palliativen Versorgung sind bisher im SGB V nicht ausdrücklich als Bestandteil der ärztlichen Behandlung benannt. Dieser gesellschaftlich anerkannte eigentlich selbstverständliche Grundsatz bildet sich bisher nur in der Rechtsprechung ab. Die im Gesetzentwurf gewählte Regelung in § 27 (1) neu kann zusammen mit dem begründenden Verständnis des §11 (1) Nr.4 die Grundlage für die konkrete sozialrechtliche Ausgestaltung bilden. Um eine Umsetzung der gesetzgeberischen Zielsetzung zu gewährleisten und die bisher nur implizit vorausgesetzte und vermeintlich selbstverständliche palliative Versorgung im Rahmen des ärztlichen Behandlungsauftrages nun auch explizit im Sinne des Sozialrechts zu verankern, bedarf es der folgenden Ergänzung:

Formulierungsvorschlag:

§28: (1) Satz 1 (neu): „Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten *sowie zur Linderung von Krankheitsbeschwerden* nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist.“

B. Konkretisierung der ärztlichen Leistungsanteile in der ambulanten palliativen Versorgung als Bestandteil der kassenärztlichen Regelversorgung

1. Ärztlicher Beistand und Behandlung auch in palliativen Behandlungssituationen im ambulanten Umfeld sind unzweifelhaft selbstverständlicher Teil auch des Kassenärztlichen Versorgungsauftrages, solange sie nicht den Kriterien der Erfordernisse einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gem. §37b SGB V als multiprofessionelle Komplexleistung zur Krankenhaus ersetzenden Hilfe der tertiären Versorgungsstufe erfüllt oder als stationäre Krankenhausleistung erfolgt.

Diese Zuständigkeit der kassenärztlichen Versorgung umfasst die allgemeine ärztliche Hilfe für schwerstkranke und sterbende Menschen durch jeden kassenärztlich tätigen Haus- und Facharzt im Rahmen der jeweiligen allgemeinen Praxisführung (Primärversorgung= palliative Basisversorgung) genau so, wie die besonders qualifizierte ärztliche Betreuung durch Haus- und Fachärzte mit den fachlichen Methoden der Palliativmedizin nach einer entsprechenden anerkannten Befähigung (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin) im Rahmen der sog. Sekundärversorgung (allgemeine Palliativversorgung).

Der hier dargestellte Sachverhalt bildet sich aber in den Regeln des vierten Kapitels zur Leistungserbringung bisher ausdrücklich nicht ab und ist auch in den Änderungen durch das HPG nicht vorgesehen. Ärztliche Leistungen der Palliativversorgung sind im kassenärztlichen Versorgungsauftrag gem. §§72, 73 und 75 SGB V bisher nicht explizit berücksichtigt.

Die neu im Gesetzentwurf vorgetragene Regelung des § 87 (1b) kann daher nur zusammen mit der nachfolgend vorgeschlagenen Norm Wirkung im Sinne der Gesetzesbegründung entfalten. Daher bedarf es zur Sicherstellung einer angemessenen und bedarfsgerechten ärztlichen Leistungserbringung mit palliativen Leistungsinhalten in der kassenärztlichen Versorgung folgender Änderungen:

Formulierungsvorschlag:

§73 (1) Nr.1: die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Versorgung eines Patienten in Diagnose und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes einschließlich der Linderung von Krankheitsbeschwerden und der ärztlichen Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden sowie ihrer Angehörigen im ambulanten Umfeld; ...

und

§73 (1) Nr. 2: die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, sowie bedarfsweise einer Hospizbegleitung. Hierzu soll mit kommunal vorgehaltenen Koordinierungsstellen der Hospizarbeit strukturiert zusammengearbeitet werden.

und

§73 (1) Nr.4: die Einleitung oder Durchführung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

und

§73 (1) Nr.5 (neu): die qualifizierte telefonische Konsiliarunterstützung aller Hausärzte und des Notdienstes gem. §75 (1b) zur durchgängigen Verfügbarkeit der bedarfsgerechten ärztlichen Anteile der allgemeinen Palliativversorgung.

2. Der Behandlungsumfang gem. §73 (2) Nr. 1 SGB V wird erst durch die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung des § 27 SGB V zusammen mit dem oben dargestellten juristischen Begriff der Krankheit gem. §11 (1) Nr.4 SGB V sinnvoll definiert. Diese Änderung ist als sinnvoll und zielführend zu bewerten.
3. Die Änderung des §73 (2) Nr. 14 zur Zuständigkeit für die Verordnung der Leistungen der SAPV gem. §37b SGB V im Gesetzentwurf der Bundesregierung ist ausdrücklich zu begrüßen, bedarf aber der nachfolgenden Ergänzung:

Formulierungsvorschlag:

§73 (2) Nr. 14 (neu): *Versorgung mit ärztlichen Anteilen der allgemeinen Palliativversorgung sowie der Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach §37b.*

4. Eine zur Palliativversorgung in allen Versorgungsstufen notwendige regelhafte Hausbesuchstätigkeit insbesondere der Haus- aber auch der Fachärzte innerhalb des Kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages ist bisher im SGB V an keiner Stelle verortet. Es wird stillschweigend als selbstverständlich vorausgesetzt dass Hausbesuche flächendeckend stattfinden, dies bildet aber keinesfalls die aktuelle Realität ab. In den Hospizen, Kinderhospizen und Heimen sind die Kassenärzte dem BMV-Ä und seinen Anlagen folgernd zuständig, eine flächendeckende Sicherstellung hierzu findet aber nicht statt. Dies führt dann zu Versorgungsdefiziten, häufigen notfälligen Einweisungen und vermeidbaren wie unnötigen und unerwünschten Krankenhausaufenthalten und Rettungsdiensteinsätzen und verhindert eine angemessene Palliativversorgung. Daraus ist zu schlussfolgern, dass die explizite Benennung und Klärung dieses Leistungsanteiles als Teil des Sicherstellungsauftrages unbedingt erforderlich ist.

Formulierungsvorschlag:

§ 73 (2) Satz 2 neu: *Behandlungs- und Betreuungsleistungen der Ärzte und Zahnärzte nach Satz 1 sind nach begründetem Bedarf des Versicherten wegen Krankheit oder Behinderung zeitgerecht im Wohnumfeld des Versicherten sicherzustellen.*

C. Regelungen zur flächendeckenden Sicherstellung einer bedarfsgerechten spezialisierten Palliativversorgung (SAPV) als Krankenhaus ersetzende Spezialtherapie der tertiären Versorgungsstufe im ambulanten Umfeld

1. Die 2006 neu eingeführte multiprofessionelle Komplexleistung SAPV gem. §37b SGB V ergänzt die bestehenden Leistungsangebote der Krankenbehandlung für den Versicherten im Falle einer lebensbegrenzenden Erkrankung bei besonderer Aufwändigkeit der Versorgung zur Zielerreichung des häuslichen Verbleibs bis zuletzt bei guter Kontrolle der Krankheitsbeschwerden. Sie ist eine ergänzende Leistung gem. §27 (1) Nr.6 und findet durch geeignete multiprofessionelle Leistungserbringer außerhalb des kassenärztlichen Versorgungsauftrages in enger Kooperation mit diesem (Hausärzte und Fachärzte) und den Leistungserbringern von Pflegeleistungen gem. SGB V und XI sowie den ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen gem. §39 a SGB V statt.

Daher ist die Beziehung der Krankenkassen zu diesen besonderen Leistungserbringern der SAPV, deren Organisation und Vertretung nicht von KV'en wahrgenommen werden kann, auch folgerichtig im 8. Abschnitt des 4. Kapitels separiert von den Regelungen, welche die Beziehungen zur kassenärztlichen Versorgung betreffen, verortet. Dies ist in dieser Weise auch inhaltlich und formal sinnvoll und bedarf keiner Änderung.

Die Übertragung der Leistungserbringung dieser durch Beteiligte mehrerer Berufsgruppen in jeweiliger fachlicher Eigenverantwortung aber enger und verbindlicher inhaltlicher interprofessioneller Abstimmung sicher zu stellende Leistung der SAPV auf rein ärztliche Netzwerke ist inhaltlich wie formal unsinnig, da die Leistung rein ärztlich nicht erbracht werden kann.

Durch Verträge der Krankenkassen mit Gemeinschaften von Kassenärzten der hausärztlichen Versorgung gem. §73b SGB V und anderen möglichen Vertragspartnern gem. §73b (4) sind die Leistungsinhalte des §37b nicht darstellbar.

Verträge nach §132d zur Leistungserbringung gem. §37b dürfen aus sachlicher Erwägung daher nur mit Personen oder Einrichtungen zulässig sein, die eine in geeigneter Weise ausgestattete und qualifizierte multiprofessionelle Teamstruktur durchgängig 24Stunden/7Tage mit mindestens ärztlichen und pflegerischen verfügbaren Ressourcen vorhalten (Palliative-Care-Teams).

Die in der jetzigen Formulierung des Gesetzentwurfes vorgesehene Einführung des neuen §132 d (3) schränkt in verdeckter und nach Expertenmeinung unzulässiger Weise den Leistungsanspruch des Versicherten gem. §37b qualitativ ein, indem über die Regelungen zur Leistungserbringung der nahezu gleich lautenden Normen der §§ 73b (5) Satz 3 und 140a (2) Satz 2 die Vertragspartner solche Verträge auch mit vom Leistungsanspruch des Versicherten abweichenden Inhalten abzuschließen ermächtigt werden. Die Einschränkung im Regelungstext 73b & 140a, dass dies nicht zulässig ist, sofern der G-BA aktiv gem. §137c ablehnend beschlossen hat ist zur Wahrung des Anspruches für den Versicherten ungeeignet. Ein solches Prüfungsverfahren für landesweite oder lokale abweichende Verträge und dessen Veranlassung ist aber weder in §137c SGB V noch an anderem Ort im SGB vor-

Hospiz- und Palliativversorgung bedarfsgerecht gestalten

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV) vom 17.9.2015 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz- HPG) v. 12.6.15

gesehen, liefert also den Versicherten einer möglichen Minderung seines Rechtsanspruches durch Verträge Dritten in unzulässiger Weise aus. Das Steuerungsziel der Verdichtung von SAPV unter gleich bleibender Versorgungsqualität wird damit absehbar verfehlt.

Eine gesonderte Regelung zur Anwendung von integrativer Leistungsgestaltung gem. §140 a ist nicht erforderlich, da gem. §132d kontrahierte Leistungserbringer bereits jetzt nach §140a (3) Nr. 2 als Vertragspartner für die Krankenkassen befähigt sind.

Der im Gesetzentwurf vorgeschlagene neue §132d (3) sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Die in Absatz 1 benannte Eignung ist zu konkretisieren. Der bisher von einzelnen Krankenkassen vorgetragene Ansicht geeignet seien nur solche Einrichtungen und Personen, die bereits bei Aufnahme von Vertragsverhandlungen diese Ressourcen einsatzbereit vorhalten, ist durch Konkretisierung entgegen zu treten, damit die Strukturbildung zur weiteren Flächendeckung zukünftig erleichtert wird:

Formulierungsvorschlag:

§132d SGB V (1) Satz 2 neu: Geeignet sind Einrichtungen und Personen, welche spätestens mit Beginn der vertraglich vereinbarten Leistungserbringung eine verfasste multiprofessionelle Teamstruktur mit entsprechend qualifiziertem ärztlichen und pflegerischen Personal durchgängig und ganztägig einsatzbereit sicherstellen können (Palliative-Care-Teams). Übergangsbestimmungen hierzu können auf der Grundlage der Regelungen nach (2) vertraglich mit einer Dauer von maximal 3 Jahren vereinbart werden.

§ 132d SGB V (3) (neu): Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die strukturellen und inhaltlichen Mindestanforderungen geeigneter Palliative-Care-Teams.

2. Die bereits zuvor dargestellte Notwendigkeit zur durchgängigen Verfügbarkeit der Leistungen der SAPV erfordert daher auch die folgend dargestellte ausdrückliche Konkretisierung im Gesetzestext.

Formulierungsvorschlag:

§37b (1) Satz 1 neu: Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, deren Verfügbarkeit durchgängig und ganztägig sicherzustellen ist.

3. Der Inhalt der Leistung gem. §37b SGB V muss zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung neben den im Gesetzestext genannten ärztlichen und pflegerischen Anteile auch professionelle psychosoziale Unterstützungsanteile durch einschlägig qualifizierte und in die Leistungserbringung des Teams integrierte Sozialarbeiter und Psychologen beinhalten. Diese spezifischen Ressourcen sind bisher im ambulanten Umfeld aber nicht

Hospiz- und Palliativversorgung bedarfsgerecht gestalten

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV (BAG-SAPV)
vom 17.9.2015 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung -
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativver-
sorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz- HPG) v. 12.6.15

vorhanden, obwohl zur Zielerreichung des Verbleibs im häuslichen Kontext oft zwingend erforderlich. Auch die ambulanten Hospizdienste sind hierzu nach §39a nicht befähigt und refinanziert. Darüber hinaus muss die Leistung auch unabhängig von der Wahrnehmung eines hospizlichen Begleitungsangebotes verfügbar sein.

Der offensichtliche Bedarf hierzu ist ganz besonders in der Leistungserbringung der SAPV für Kinder und Jugendliche und deren Familien evident, besteht aber auch bei Patienten aller Altersgruppen im Rahmen der SAPV. Darüber hinaus ist dieses Strukturmerkmal international unzweifelhaft anerkannter Standard.

Die Vorhaltung solcher Mitarbeiter in den Palliative-Care-Teams wird von Seiten der Kostenträger bisher als im Rahmen des Sozialrechtes nicht möglich beurteilt, da der Gesetzgeber hierzu nicht explizit beauftragt habe (siehe hierzu exemplarisch Schreiben des GKV SpV Bund). Die Komplexleistung muss im Einzelfall jedoch bedarfsgerecht auch im ambulanten Umfeld und in aufsuchender Weise diese professionellen Merkmale umfassen, die im stationären Sektor unstrittig krankenkassenfinanziert zur Verfügung steht. Daher bedarf es einer Klarstellung des Gesetzgebers. Die Anmerkung in der Gesetzesbegründung des GKV-WSG zur Verortung der Angehörigenbegleitung und Sterbebegleitung bedarf zur Lösung dieser Frage einer expliziten Klarstellung bzw. Korrektur:

§37b (1) Satz 2 neu: Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie psychologische und sozialpädagogische Leistungen und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; ...

4. Die Einrichtung eines Schiedsverfahrens zu §132d ist wie im Gesetzentwurf vorgesehen ist ausdrücklich zu begrüßen.

D. Weitere notwendige Maßnahmen zur Verbesserung von Flächendeckung und Verfügbarkeit bedarfsgerechter Palliativversorgung:

1. Die bedarfsgerechte, umsetzbare und gesamtwirtschaftlich leistbare Sicherstellung hospizlicher und palliativer Versorgung mit allen dazu notwendigen Leistungsanteilen im ambulanten und stationären Versorgungsumfeld im ganzen Land erfordert eine strukturierte und nachvollziehbare Planung aufgrund der jeweils regionalen Besonderheiten und Vorbedingungen. Dabei hat die Versorgungsgerechtigkeit besondere Beachtung zu finden und begründet hier Gesetzgeberisches Handeln gem. Art. 72 Abs. 2 GG in besonderem Maße im Sinne einer transparenten sektorenumfassenden Bedarfsplanung.

Da hierbei mindestens Anteile der ambulanten pflegerischen, kassenärztlichen, hospizlichen Leistungserbringung genauso betroffen sind, wie die Leistungserbringung im Rahmen der SAPV sowie im stationären Umfeld durch Krankenhäuser, Hospize und Heime bedarf es zur jeweils angemessenen Strukturentwicklung einer koordinierten Vorgehensweise mindestens auf Landesebene.

Diese muss, da es sich mit der Sicherstellung eines angemessenen Palliativversorgung um einen Aspekt der öffentlichen Daseinsvorsorge handelt, neben den Leistungserbringern und den Kostenträgern auch von der jeweiligen Landesverwaltung unter Einbeziehung von Interessensvertretern der Nutzer erfolgen und öffentlich nachvollziehbar sein. Daher wird hierzu eine neue Regelung als § neu vorgeschlagen:

Formulierungsvorschlag:

§67d SGB V (neu) oder §137h SGB V (neu):

Strukturierte Entwicklung umfassend bedarfsgerechter Palliativversorgung

- (1) ¹Zur Entwicklung einer bedarfsgerechten Palliativversorgung können die Länder jeweils landesweite Strukturbedarfspläne erstellen. ²Diese sind zu veröffentlichen und in mindestens alle 3 Jahre auf eine notwendige Aktualisierung hin zu überprüfen.
- (2) ¹Zur Erstellung sind neben den Landesverbänden der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausesellschaft auch Vertreter der Leistungserbringer nach §39a und §132d sowie Träger der Einrichtungen der stationären Behinderten- und Altenhilfe sowie Vertreter der Leistungserbringer gem. §37 und in geeigneter Weise Interessensvertreter der Patienten hinzuzuziehen. ²Die kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Landeskrankenhausesellschaft sind zur Teilnahme verpflichtet. ¹Die Strukturbedarfspläne sollen Maßnahmen zur abgestimmten Strukturentwicklung im ambulanten wie stationären Leistungssektor gleichermaßen beschreiben; dabei ist den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Sicherstellung sowohl einer palliativen Basisversorgung, einer allgemeinen Palliativversorgung und einer angemessenen hospizlichen Versorgung sowie der spezialisierten Palliativversorgung umfassend Rechnung zu tragen. ²Pflegerische, medizinische und psychosoziale Bedarfe sind dabei konkret zu berücksichtigen. ³Besonderheiten der regionalen Strukturen, der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen (mindestens:

Kinder und Jugendliche, Patienten mit psychiatrischen Begleiterkrankungen und Wohnsitzlose) ist dabei ausdrücklich Rechnung zu tragen.

2. Neben der Verankerung einer bedarfsgerechten Palliativversorgung in den Grundsätzen der Krankenbehandlung des SGB V (§§ 27 und 28) sowie der kassenärztlichen Regelversorgung (§§ 73 & 87 SGB V) ist es erkennbar, dass dem Gesetzgeber die Nutzung auch selektivvertraglicher Ansätze zur Strukturentwicklung und Flächendeckung wichtig erscheinen. Um diese Instrumente sinnvoll zu nutzen wird vorgeschlagen konkrete Änderungen in den §§ 73b & 140a SGB V zu verankern.

Darüber hinaus bedarf es zur sinnvollen Vernetzung der palliativen Leistungserbringung einer Konkretisierung bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung gem. § 116b SGB V, um Inhalte und Schnittstellen der Anteile von hospizlicher und palliativer Versorgung zu gestalten. Vertragsabschlüsse zur Hausarzt zentrierten Versorgung dürfen zukünftig nur dann zulässig sein, wenn sie auch konkret die selbstverständlich notwendigen Anteile einer bedarfsgerechten Palliativversorgung durch hausärztliche Leistungserbringer für die Versicherten gewährleisten und die Kooperation mit Leistungserbringern der SAPV konkret regeln. Gleiches muss für besondere Verträge nach §140 a SGB V gelten, wenn diese Patienten betreffen, die von Erkrankungen und Verläufen betroffen sind, bei denen eine konkrete Beeinflussung der Lebenserwartung nicht auszuschließen ist.

Formulierungsvorschlag

§73b (2) Satz 2 neu: Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Sterbebegleitung und qualifizierten palliativmedizinischen Versorgung sowie die Kooperation mit Leistungserbringern nach §132d sind in diesen Verträgen verpflichtend zu regeln.

§116b (1) Satz 2 neu: Die koordinierte Zusammenarbeit mit, Einbeziehung von und beratende Unterstützung der jeweils beteiligten Leistungserbringer der hausärztlichen Versorgung gem. §73 und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gem. §132d ist Bestandteil dieser Leistung.

§116b (2) Satz 1 neu: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, Leistungserbringer nach §132d und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.....

§140 a (2) Satz 3 neu: Sofern diese Verträge die Versorgung von Patienten mit Krankheiten mit nicht nur ausnahmsweise lebensbegrenzendem Verlauf betreffen, sind Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Sterbebegleitung und qualifizierten palliativmedizinischen Versorgung sowie die Kooperation mit Leistungserbringern nach §132d SGB V in diesen Verträgen verpflichtend zu regeln.