

**Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes
vom 08.04.2015**

**zum Referentenentwurf
für ein Gesetz zur Verbesserung
der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland
vom 23.03.2015**

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 Referentenentwurf	5
Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
§ 27 Abs. 1 Krankenbehandlung.....	5
§ 39a Abs. 1 Stationäre Hospizleistungen.....	6
§ 39a Abs. 2 Förderung ambulanter Hospizdienste.....	11
§ 39b Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen.....	13
§ 73 Kassenärztliche Versorgung	15
§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	16
§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	19
§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	21
§ 92 Abs. 7 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	22
§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	24
§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.....	26
§ 132f (neu) Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende.....	28
§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 Sozialdaten bei den Krankenkassen	31
Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	32
§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	32
Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	33
§ 28 Leistungsarten, Grundsätze	33
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	34
§ 114 Qualitätsprüfungen.....	35
§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen	36
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	37
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG	37

I. Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf 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 (GKV und SPV) 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 Referentenentwurf vorgesehenen Leistungsverbesserungen soll richtiger Weise 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 am Lebensende 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 aufnimmt. Der GKV-Spitzenverband schlägt deshalb vor, diese neue Leistung zu evaluieren und bei Bedarf anzupassen.

Eine weitere zielführende Maßnahme sieht der Referentenentwurf 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-Richtlinie des G-BA ist sachgerecht. Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Dezember 2014 einen Antrag auf Erweiterung der HKP-Richtlinie 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 Referentenentwurf 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 Referentenentwurf 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 Referentenentwurf angemessen berücksichtigt.

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

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 in § 27 Abs. 1 Satz 2 genannten Leistungen der Krankenbehandlung nicht nur kurativ sondern auch palliativ ausgerichtet sind. Diese Klarstellung wird begrüßt. Sie unterstreicht, dass die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gerade auch in den nicht-spezialisierten Versorgungsbereichen integrale Leistungsbestandteile sind. Die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Leistungsansprüche ergibt sich aus den einzelgesetzlichen Regelungen. Im Interesse der Normenklarheit und zur Vermeidung von Fehlinterpretationen sollte jedoch im Gesetzeswortlaut anstelle des unbestimmten Begriffes der „palliativen Versorgung“ der Begriff der „palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung“ verwendet werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 27 Abs. 1 Satz 2 (neu) wird wie folgt formuliert:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 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 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 Per-

sonalausstattung 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. 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 widersprüchlich, zumal durch die geplanten weiteren Änderungen der Rahmenbedingungen zur Finanzierung stationärer Hospizleistungen das bestehende Modell der Vergütungsvereinbarung gestärkt und durch Standardsetzung der Rahmenvereinbarungspartner weiter vereinheitlicht werden soll (s. nachfolgende Ausführungen zur Festlegung der Standards zum Leistungsumfang und zur Qualität der zuschussfähigen Leistungen).

Sollte der Gesetzgeber an der Festlegung eines gesetzlichen Mindestzuschusses und dessen beabsichtigter Anhebung weiter festhalten, wird 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 Verwaltungsaufwand stationärer Hospize zu berücksichtigen, soll ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf 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, so dass 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 sächlichen (einschließlich baulichen) und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung sowie die notwendigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung beziehen.

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 dem 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, so dass entsprechende Lücken zwischen Bewohnerübergängen einkalkuliert sind.

In den Ausführungen der Begründung zum Referentenentwurf 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 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. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollten in der Begründung zum Referentenentwurf allerdings die Ausführungen zu der erweiterten Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung explizit nur auf die Hospizversorgung gerichtet und nicht auf die darüber hinausgehende Palliativversorgung bezogen werden. Darüber hinaus sollten in der Formulierung „...Sterbebegleitung durch Hospizkräfte oder Seelsorger...bezuschusst“ die Wörter „oder Seelsorger“ gestrichen werden. Es ist sicher Aufgabe der Hospize, auch seelsorgerische Angebote bei Bedarf und auf Wunsch der Betroffenen sicherzustellen. Die Finanzierung seelsorgerischer Angebote erfolgt jedoch vernünftigerweise auf anderem Wege.

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.

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 gekündigt werden mit der Konsequenz, 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.“

Siehe darüber hinaus die Vorschläge zum Änderungsbedarf in der Begründung unter B) Stellungnahme.

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

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 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 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

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 bereits zeitnah ab dem Jahr eine Förderung erhalten sollen, indem 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.

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

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

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

§ 39a Abs. 2 Satz 10 (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. 3

§ 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 gegenüber 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 aushändigen. 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 die in § 35 SGB I genannten Stellen 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. Zur Vermeidung des Aufbaus von Doppelstrukturen ist dieses Angebot – 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 Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen kann auch zu einer besseren Vernetzung der regionalen Beratungs- und Versorgungsangebote beitragen. Die vorgesehene Zulässigkeit der Übertragung dieser Aufgabe an andere Stellen, die den Anforderungen zur Wahrung des Sozialgeheimnisses nach § 35 SGB I verpflichtet sind, wie Verbände oder Arbeitsgemeinschaften der Sozialleistungsträger, ist sachgerecht. Sie stellt zudem klar, dass

aus der Regelung kein Anspruch auf Finanzierung privater Beratungs- oder Unterstützungsangebote durch die Krankenkassen herleitbar ist.

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. 4

§ 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. 5 Buchstabe a)

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in § 87 Abs. 1 b 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 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. Dezember 2017 und danach jährlich soll der Bewertungsausschuss zur Entwicklung der palliativmedizinischen Leistungen sowie zur Versorgungsqualität gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit berichten.

B) Stellungnahme

Es wird die Intention des Gesetzgebers begrüßt, mit den vorgesehenen Änderungen in § 87 Abs. 1 b die allgemeine 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. 1 b vorgesehenen Vereinbarung einer „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ soll eine neue Versorgungsform innerhalb der allgemeinen 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 Vertragsärzte voraussetzt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es nicht sinnvoll, die allgemeine Palliativversorgung in verschiedene Versorgungsformen zu differenzieren. Stattdessen sollte das Qualitätsniveau der allge-

meinen palliativmedizinischen Versorgung insgesamt angehoben werden. Zudem wird insbesondere die Abgrenzung der „besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung 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 Focus 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 zu definierenden Anforderungen nach den Nummern 1 bis 4 sich generell auf die allgemeine Palliativversorgung durch Vertragsärzte beziehen sollen. In diesem Zusammenhang sollte im Gesetzentwurf des Weiteren klargestellt werden, dass eine Anpassung des EBM in Folge der Regelung von Anforderungen an die allgemeine Palliativversorgung (z. B. Knüpfung von vorhandenen vertragsärztlichen Leistungen an Qualifikationsanforderungen, spezifischere Abbildung von Koordinationsleistungen im EBM) innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu finanzieren sind. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes handelt es sich sowohl bei der Betreuung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten 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.

Im Zusammenhang mit der Verbesserung der Qualität der Versorgung sowie der transparenten Darstellung der Versorgungsqualität werden die gemäß § 87 Abs. 1b Nr. 4 vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung sowie die in § 87 Abs. 1b Satz 6 verfügte Berichtspflicht des Bewertungsausschuss zur Umsetzung dieser Maßnahmen sowie zur Entwicklung der palliativmedizinischen Leistungen begrüßt. Auch die vorgesehene Beteiligung der Bundesärztekammer zu der von den Partnern des Bundesmantelvertrages zu treffenden Vereinbarung wird als sinnvoll erachtet.

C) Änderungsvorschlag

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

„(1 b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag auf Grundlage der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab seit dem 01. Oktober 2013 bestehenden Leistungen erstmals bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Voraussetzungen für die allgemeine Palliativversorgung. Im Bundesmantelvertrag sind insbesondere zu vereinbaren:

1. Inhalte und Ziele der allgemeinen Palliativversorgung durch Vertragsärzte 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 ist vor Abschluss der Vereinbarung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Auf Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 zu überprüfen inwieweit dieser anzupassen ist. 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. Dezember 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 das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 Buchstabe b)

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der vorliegende Referentenentwurf sieht gemäß § 87 Abs. 2a vor, dass bis zu einer noch zu benennenden Frist eine Regelung zur Vergütung von „zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen“, die im Rahmen von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß § 119b erbracht werden, in den EBM aufzunehmen ist. Gemäß der Gesetzesbegründung zur Änderung in § 87 Abs. 2a 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 begrüßt. Die gemäß § 87 Abs. 2a vorgesehene Vergütung von „zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen“ im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab wird jedoch nicht als geeignet angesehen, um dieses Ziel zu erreichen. 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 nicht sachgerecht.

Vonseiten des GKV-Spitzenverbandes stellen vielmehr die Kooperationsverträge nach § 119b 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 unterschiedliche Leistungen zu erbringen. Mit regional vereinbarten Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 kann den regionalen Vertragsbesonderheiten Rechnung getragen werden. Dagegen würde die in § 87 Abs. 2a vorgesehene einheitliche Vergütung der ärztlichen Leistungen über den EBM 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 vom Gesetzgeber mit der Änderung in § 87a Abs. 2 Satz 3 vorgesehene übergangsweise Entfristung der Möglichkeit der Vereinbarung von regionalen Zuschlägen auf den Orientierungswert in eine dauerhafte Entfristung umzuwandeln und die vorgesehenen Änderungen in § 87 Abs. 2a zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a (neu) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 87a Abs. 2 Satz 3 geplante Änderung sieht vor, die bisher bis zum 31. Dezember 2015 (und mit Inkrafttreten GKV-VSG bis 31.12.2016) befristete Möglichkeit der Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert durch die Partner der Gesamtverträge für die Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 Satz 1 zu entfristen. Gemäß der Gesetzesbegründung zu der Änderung in § 87a Abs. 2 Satz 3 soll die Möglichkeit zur Vereinbarung von Zuschlägen Übergangsweise entfristet werden, bis die nach § 87 Abs. 2a vorgesehene Vergütung über den EBM in Kraft tritt.

B) Stellungnahme

Wie in der Stellungnahme zu § 87 Abs. 2a dargestellt, wird die Vergütung von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 Satz 1 zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen mittels regional vereinbarten Vergütungszuschlägen im Gegensatz zu einer einheitlichen Vergütungsregelung über den EBM als sachgerecht betrachtet, um den unterschiedlichen Vertragsausgestaltungen Rechnung zu tragen. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, die vom Gesetzgeber vorgesehene Übergangsweise Entfristung dauerhaft auszugestalten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

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 allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zu regeln. Daneben sollen die maßgeblichen Organisationen 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 einen Antrag auf Erweiterung der Richtlinie häusliche Krankenpflege in die Beratungen des G-BA eingebracht.

Die vorgesehene gesetzliche Änderung stellt mit der Formulierung „Näheres zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“ auf den inhaltlich nicht näher ausgefüllten Begriff der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ab. In der Begründung zum Referentenentwurf wird in diesem Kontext ausgeführt, dass die beabsichtigte Änderung insbesondere eine „Konkretisierung behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege (...)“ zum Ziel hat. Durch diese Regelungen und Ausführungen wird insgesamt der Eindruck erweckt, die häusliche Krankenpflege umfasse im Rahmen der sog. allgemeinen ambulanten Palliativversorgung über den in § 37 SGB V festgelegten Inhalt hinaus, weitergehende Leistungen der Palliativpflege. Dies ist jedoch erkennbar nicht Zielsetzung der Regelungen. Im Interesse der Normenklarheit sollte deshalb im Gesetzeswortlaut auf den Begriff der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und in der Begründung auf die Differenzierung zwischen behandlungspflegerischen Maßnahmen sowie Leistungen der Palliativpflege verzichtet werden.

Die vorgesehene Ergänzung eines auf die Regelungen nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 (neu) begrenzten Stellungnahmerechts der maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung ist folgerichtig. Allerdings wird vorgeschlagen, insoweit entsprechend der Regelungen in §§ 132a Abs. 1 und 132d Abs. 2 die Formulierung maßgebliche „**Spitzenorganisationen**“ zu verwenden.

C) Änderungsvorschläge

Die vorgesehene Ergänzung in § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 (neu) wird wie folgt formuliert:

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

§ 92 Abs. 7 Satz 2 wird hinter dem Wort „Leistungserbringern“ wie folgt ergänzt:

„und zu Satz 1 Nummer 5 zusätzlich den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizar-
beit und der Palliativversorgung“

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 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 enthaltene Frist, bis zu der die Partner der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen beschließen sollen, gestrichen. Zudem soll § 119b Abs. 3 gestrichen werden, der eine Evaluation der regional zu vereinbarenden Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 hinsichtlich ihrer finanziellen und versorgungspolitischen Auswirkungen durch das Institut des Bewertungsausschusses vorsieht.

B) Stellungnahme

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

Die gemäß § 119b Abs. 2 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).

Abgelehnt wird die gemäß § 119b Abs. 3 vorgesehene Streichung der Evaluation der regionalen Zuschläge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 durch das Institut des Bewertungsausschusses. Wie in der Stellungnahme zu § 87a Abs. 2 Satz 3 dargelegt, soll aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Möglichkeit zur Vereinbarung von regionalen Zuschlägen auf den Orientierungswert zur Förderung von Kooperationsverträgen dauerhaft bestehen. Aus diesem Grund soll auch eine kontinuierliche Evaluation dieser Zuschläge hinsichtlich ihrer finanziellen Auswir-

kungen sowie der Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung durch das Institut des
Bewertungsausschusses erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Keine 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 vertrags-schließenden Krankenkasse bestimmt werden. Die Kosten des Schiedsverfahrens sollen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen tragen. Zudem sollen Verträge zur ambulanten Palliativ-versorgung 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 Referentenentwurf sollen durch die vorgesehene Schiedsregelung Ver- tragsabschlüsse beschleunigt und somit sogenannte „weiße Flecken“ in der Versorgungsland- schaft beseitigt werden. Die Intention eines möglichst flächendeckenden Aufbaus der Versor- gungsangebote wird geteilt. Nach vorliegenden Erfahrungen zeigt sich jedoch, dass in eini- gen sog. strukturschwachen Regionen insbesondere die für den Aufbau eines solch speziali- sierten ambulanten Leistungsangebots erforderlichen Fachkräfte mit spezifischer Qualifikati- on und Berufserfahrung vielfach nicht vorhanden sind. Dies wird auch durch das Instrument der Schiedsregelung nicht beeinflusst.

In den Rahmenempfehlungen zur SAPV nach § 132d Abs. 2 wurden entsprechend dem ge- setzlichen Auftrag u. a. auch Indikatoren für die Feststellung des Bedarfs an SAPV-Leis- tungserbringern und zur Qualitätssicherung festgelegt. Für den weiteren bedarfsgerechten Strukturaufbau ist es erforderlich, die Datenbasis über das Versorgungsgeschehen zu verbes- sern. 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-Wettbewerbsstärkungs- gesetz 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 Referentenentwurf 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 und sachgerecht. Es sollte jedoch zumindest in der Gesetzesbegründung stärker herausgestellt werden, dass damit von Seiten des Gesetzgebers nicht beabsichtigt ist, bestehende Verträge mit SAPV-Leistungserbringern nach § 132d sowie den weiteren bedarfsgerechten Ausbau solcher Versorgungsangebote in Frage zu stellen.

C) Änderungsvorschlag

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 Auswertung versorgungsrelevanter Daten der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“

Siehe darüber hinaus die Hinweise zum Änderungsbedarf in der Begründung unter B) Stellungnahme.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 132f (neu) Gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll eine neue Leistung zur individuellen gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI eingeführt werden. Dabei können Pflegeeinrichtungen ihren Bewohnern eine solche Beratung über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende, Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung sowie Fallbesprechungen anbieten, in denen nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe 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 sollen in entsprechende Fallbesprechungen einbezogen und auf Wunsch des Versicherten auch Angehörige sowie weitere Bezugspersonen beteiligt werden. Die Fallbesprechung kann bei wesentlichen Änderungen des Versorgungs- und Pflegebedarfes auch mehrfach angeboten werden. Die in diesem Zusammenhang erbrachten ärztlichen Leistungen sind gemäß § 132f Abs. 3 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu finanzieren. Pflegeeinrichtungen können dieses Beratungsangebot durch entsprechend qualifiziertes eigenes Personal oder in Kooperation mit anderen regionalen Beratungs- und Versorgungsstellen (z. B. ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, SAPV-Teams) durchführen.

Das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung soll der GKV-Spitzenverband mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen 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 Pflegeeinrichtungen 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 des Referentenentwurfes, die Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die dafür notwendige Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer zu verbessern, wird geteilt. Die vorgesehene Fallbesprechung soll die individuellen Bedürfnisse des Versicherten gemäß § 132f Abs. 1 erfassen und wird deshalb begrüßt. Sie erfordert u. a. auch die Erläuterung von palliativmedizinischen Maßnahmen. Da die Erfassung des Patientenwils 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 zum Lebensende“ sinnvoll. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die in § 132f Abs. 3 enthaltene Regelung, nach der die im Zusammenhang mit der „gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende“ 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 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 Pflegeeinrichtungen 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 von Palliativpatienten in stationären Pflegeeinrichtungen, zu evaluieren und auf dieser Grundlage mögliche Anpassungen vorzunehmen.

C) Änderungsvorschläge

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

„(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches können den Versicherten in den Einrichtungen unter den näheren Bestimmungen des Absatzes 2 eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten.“

§ 132f Abs. 2 Satz 1 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugleich als Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere über eine gesundheitliche Versorgungsplanung nach Absatz 1.

In § 132f Abs. 2 (neu) wird folgender Satz 4 angefügt:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zugleich als Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene evaluieren bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsenddreißigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Umsetzung und Wirkung der Leistung nach Abs. 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 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) eingeräumten Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungskompetenzen ausreichende Rechtsgrundlagen darstellen (bei der Bezugnahme auf § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 wird offensichtlich die geplante gesetzliche Änderung durch das GKV-VSG bereits berücksichtigt).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in Artikel 2 vorgesehene weitere Änderung des § 87a Abs. 2 Satz 3 stellt eine Folgeregelung zur vorgesehenen Vergütung von ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen im Zusammenhang mit Kooperationsverträgen nach § 119b über den EBM dar (vgl. Stellungnahme zu § 87 Abs. 2a). Gemäß der Gesetzesbegründung zur Änderung in § 87a Abs. 2 Satz 3 nach Artikel 2 soll die bisherige Möglichkeit der Partner der Gesamtverträge entfallen, Zuschläge auf den Orientierungswert für die Förderung von Kooperationsverträgen nach § 119b zu vereinbaren, sobald eine Vergütung über den EBM erfolgt.

B) Stellungnahme

Wie in der Stellungnahme zu § 87a Abs. 2 Satz 3 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 allgemeine bundeseinheitliche Vergütungsregelung im EBM aufgenommen werden. Aus diesem Grund wird die vorgesehene Änderung abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 wird gestrichen.

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 1. Juli 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 auch die Veröffentlichung der Informationen zur Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen sicherstellen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung stellt eine Folgeänderung zur Neuregelung des § 114 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 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 abzuwei-

chen 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:

In § 1 Abs. 3 Satz der VBE 2015 wird zur Ausnahmemöglichkeit der Besonderen Einrichtungen festgehalten, dass nur die Palliativstation oder -einheit ausgenommen werden kann, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt ist und über mindestens 5 Betten verfügt. Keinesfalls sollte die nun angestrebte Neuregelung hinter die in der VBE genannten strukturellen Voraussetzungen zurückfallen und damit eine Verschlechterung der Versorgungsqualität bewirken. Vor diesem Hintergrund sollte zumindest diese Regelung der VBE übernommen werden.

§ 17b Absatz 1 Satz 15 KHG sollte dementsprechend wie folgt geändert werden:

*„Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; **bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens 5 Betten verfügen, ist für die Ausnahme ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend.**“*

Dabei ist 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.