

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23. Juli 2018

Berlin, 17.08.2018

Einleitung

Der Referentenentwurf zum TSVG sieht eine Änderung des §132d SGB V zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vor. Danach sollen die Landesverbände der Kostenträger einheitliche Versorgungsverträge mit den maßgeblichen Vertretern der Palliativversorgung auf Landesebene abschließen.

Als maßgeblicher Vertreter der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland nimmt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hiermit Stellung allein zu den im Referentenentwurf auf S. 27 aufgeführten Änderungen zur SAPV. Die DGP bittet darüber hinaus auch bei allen anderen Änderungen im Referentenentwurf die besondere Situation von Menschen in Palliativsituationen angemessen zu berücksichtigen.

Vorbemerkung

Die DGP begrüßt ausdrücklich die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums, die SAPV mit den vorliegenden Regelungen aus dem Vergaberecht zu lösen und gleichzeitig Möglichkeiten der Mitbestimmung an den Vertragsbedingungen durch die Leistungserbringer zu schaffen.

Palliativversorgung ist spätestens seit der Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes im Jahr 2015 selbstverständlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung.

Hospiz- und Palliativversorgung, insbesondere die SAPV, soll dabei wohnortnah, nachhaltig, wirtschaftlich, flächendeckend und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen auf qualitativ hohem Niveau erbracht werden und ist somit für einen preisbezogenen Wettbewerb von Leistungen nicht geeignet. Dies wurde mit vorliegendem Referentenentwurf vom Gesetzgeber erkannt, mit den vorliegenden Regelungen die Umwandlung des bisherigen Einzelvertragsmodells der Krankenkassen in ein Zulassungsverfahren festgelegt und damit die Nichtanwendbarkeit des Vergaberechts bekräftigt.

Dies ist ein wichtiger Schritt, um die flächendeckende Versorgung mit Leistungen der SAPV zu erreichen. Das gilt auch für die regionale Einbindung der SAPV-Teams sowie die Verhandlung von Versorgungsverträgen zwischen den Krankenkassen und den maßgeblichen Vertretern der SAPV-Leistungserbringer auf Landesebene. Die „besonderen Belange von Kindern“ wurden bisher bundesweit auf der Grundlage der §37b und §132d SGB V, der RL-SAPV, den Empfehlungen zur SAPV-RL und ergänzend durch die Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013 geregelt.

Diese Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013 haben keinen verbindlichen Charakter für die Vertragsverhandlungen, wurden aber inhaltlich als Grundlage zu einer mittlerweile fast flächendeckenden SAPV für Kinder und Jugendliche genutzt.

Durch die Änderung des § 132d und die Erstellung einheitlicher Versorgungsverträge muss die o.g. Empfehlung einen verbindlichen Charakter einer bundesweiten Richtlinie oder Rahmenvereinbarung (vgl. Rahmenempfehlung zur stationären Kinder- und Jugendhospizen) bekommen. Die Rahmenverträge müssen bundesweit einheitlich sein, um eine Versorgung von Kinder und Jugendlichen nachhaltig zu sichern.

Kinder und Jugendliche sollten grundsätzlich nur durch spezialisierte Teams für Kinder und Jugendliche versorgt werden. Diese Teams sollten (was in den Rahmenvereinbarungen geregelt werden muss) zwingend auch psychosoziale Leistungen erbringen müssen.

Anmerkungen zur Neufassung des § 132d Absatz 1

„§ 132d Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einzeln oder gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b und der Empfehlungen nach Absatz 2 einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der Leistungen nach § 37b mit den maßgeblichen Vertretern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Landesebene. In den Versorgungsverträgen sind auch die Grundzüge der Vergütung zu vereinbaren.“

Den auf Landesebene zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zu schließenden Verträgen sollte unbedingt eine bundesweit einheitliche Rahmenvereinbarung zugrunde liegen. In die Verträge auf Landesebene können dann die regionalen Besonderheiten eingefügt werden. Nur durch bundesweit einheitliche Vorgaben kann eine Vergleichbarkeit der Leistungen auch zwischen den Bundesländern hergestellt und eine bundesweite Sicherung der Qualität der SAPV erreicht wie auch eine bundeslandübergreifende SAPV ermöglicht werden. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen müssen bundesweit einheitliche Versorgungsverträge geschlossen werden.

Im Moment ist die SAPV-Versorgung in Deutschland von großer Heterogenität und qualitativen Unterschieden geprägt. In die Erstellung einer bundesweiten Rahmenvereinbarung müssen die maßgeblichen Organisationen der Hospiz- und Palliativversorgung (DGP, BAG-SAPV, DHPV) eng mit eingebunden werden, um anerkannte und wissenschaftlich fundierte Qualitätskriterien einzubeziehen.

Diese Rahmenvereinbarung auf Bundesebene sollte auch bereits Grundzüge der Vergütung beinhalten, die sich in Art und Höhe nach den Qualitätsmerkmalen nach § 132d SGB V richten. Zur nachhaltigen Sicherung einer flächendeckenden Erbringung der SAPV ist auch eine Refinanzierung der Aufwendungen eines SAPV-Teams in Form von Personal- und Sachkosten unabdingbar. Dies ist ebenfalls in der grundsätzlichen Struktur der Vergütung festzulegen.

„(...) Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach diesem Absatz durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den vertragschließenden Landesverband nach Satz 1 oder für die vertragsschließende Krankenkasse nach Satz 3 zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

Der Referentenentwurf sieht die Einbeziehung einer Schiedsstelle vor für den Fall, dass es zu keiner Einigung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern kommt. Allerdings fehlen im Referentenentwurf klare Regelungen, wie diese Einbeziehung gestaltet werden soll. Zumindest für den Fall, dass sich die Vertragsparteien bei Nicht-Einigung auch auf keine Schiedsstelle einigen können, sollten verbindliche Regelungen getroffen werden.

Personen oder Einrichtungen, die die in den Versorgungsverträgen nach Satz 1 festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen, in dem die Einzelheiten der Versorgung und die Vergütungen zu vereinbaren sind. Dabei sind regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

Da Einzelpersonen in keinem Fall das Gebot der Multiprofessionalität gewährleisten können, sollten Verträge nur mit entsprechenden SAPV-Teams oder Einrichtungen abgeschlossen werden, das Wort „Personen“ ist somit zu streichen.

Anmerkungen zur Begründung

In der Begründung heißt es auf S. 122 des Referentenentwurfes:

„Zu Nummer 66 (§ 132d)

Die Krankenkassen stellen die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionelle Teams) schließen.“

Aus dem Passus „Die Krankenkassen stellen die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionelle Teams) schließen.“ Ist das Wort „meist“ vor multiprofessionell zu streichen. Zum einen bietet das Wort „meist“ großen Interpretationsspielraum und zum anderen ist die Multiprofessionalität Grundvoraussetzung für eine flächendeckende Erbringung der SAPV und sollte Selbstverständnis sein.

„(...) In diesem Versorgungsvertrag sind weitere Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen ergeben, zu regeln. Dies gilt z.B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind.“

Die Beschreibungen „...die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen ergeben“ und die „Vergütung des besonderen Wegeaufwandes“ sind zu konkretisieren, um die Inhalte in die Rahmenverträge integrieren zu können.

Ausblick

Auch nach einer deutlich verbesserten Versorgung von Palliativpatienten in der allgemeinen Versorgung (Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung und der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege Nr. 24a) ist durch die demographische Entwicklung mit einem weiter steigenden Bedarf in der SAPV zu rechnen. Zur Abgrenzung der allgemeinen und spezialisierten Versorgungsangebote müssen neben Merkmalen der Patientenversorgung (komplexes Symptomgeschehen mit aufwändiger Versorgung) auch Merkmale der Qualifizierung der Mitarbeitenden herangezogen werden. Dazu verweist die DGP z.B. auf ihre gemeinsame Veröffentlichung mit dem DHPV zu Qualitätsanforderungen für Basisqualifikationen in Palliative Care und Palliativmedizin vom 20. Juli 2018.

In der SAPV spielt neben der hohen theoretischen Qualifizierung besonders die Expertise der Mitarbeitenden eine besondere Rolle, die nur durch entsprechende Erfahrungsdichte und Qualifikation gewährleistet werden kann. Ein Großteil der Mitarbeitenden eines SAPV-Teams sollte dementsprechend den beruflichen Schwerpunkt in der SAPV haben. Für ländliche Regionen, in denen das so nicht leistbar ist, empfehlen wir Lösungen durch Satellitenmodelle oder als Kooperation mit einem Team mit entsprechender Expertise aus deutlich höheren Fallzahlen.

Die SAPV ist eine gesetzlich geregelte palliativmedizinische und palliativpflegerische Leistung. Die Komplexität umfasst jedoch in vielen Fällen nicht nur die körperliche Dimension, besonders die psychosozialen Problemlagen erschweren meist die häusliche Versorgung. Das Hinzuziehen weiterer – dringend benötigter – Professionen wie Sozialarbeit, Physiotherapie, Psychologie und Seelsorge ist sozialversicherungsrechtlich nicht gedeckt und ist deshalb für viele Patienten trotz hohem Bedarf nicht möglich. Eine entsprechende Erweiterung der Leistungen und der Honorierung in der SAPV ist dringend zu empfehlen, um aus der meist biprofessionellen Palliativversorgung die geforderte multiprofessionelle Versorgung zu machen.