

Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Termin- service- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Sie erreichen uns unter:
Telefon 030 / 8200758-0
Telefax 030 / 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

**Geschäftsführender
Vorstand:**
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender
Dr. Anja Schneider
Stellvertr. Vorsitzende
Erich Lange
Stellvertr. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:
VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft
Konto 834 00 00
BLZ 370 205 00

IBAN: DE 4337 0205
0000 0834 0000
BIC: BFSWDE33XXX

Berlin, den 16.08.2018

Der DHPV bedankt sich für die Übersendung des Entwurfes eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung sowie die Möglichkeit der Stellungnahme, die hiermit fristgemäß wahrgenommen wird. Die Stellungnahme wird sich jedoch inhaltlich beschränken auf die Änderungsvorschläge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gem. § 132d SGB V.

I. Grundposition des DHPV

Der DHPV hält weder ein Vergabeverfahren noch das derzeit z.T. praktizierte sog. Open-House-Verfahren für geeignete rechtliche Rahmenbedingungen zur Versorgung mit SAPV, da diese am (Preis-)Wettbewerb ausgerichteten Verfahren der speziellen vernetzten Versorgungsstruktur der SAPV bei einer besonders vulnerablen Patientengruppe nicht gerecht werden.

Der DHPV begrüßt daher ausdrücklich das Ziel des Gesetzgebers, die Versorgung mit SAPV aus dem Vergaberecht herauszunehmen. Der DHPV stimmt mit dem gesetzgeberischen Grundkonzept überein, erkennt jedoch hinsichtlich einzelner Detailfragen Verbesserungsbedarf. Zustimmung findet die Umstellung auf ein gesetzliches Zulassungsmodell, bei welchem die SAPV-Leistungserbringer Anspruch auf Teilnahme an der SAPV-Versorgung haben, sofern sie die Anforderungen eines Rahmenvertrages erfüllen. Eine für die Anwendung des Vergaberechts notwendige Auswahlentscheidung und somit eine Bedarfsprüfung würden zukünftig entfallen.

Aufgrund der positiven Erfahrungen hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen im Bereich der stationären Hospize und ambulanten Hospizdienste, setzt sich der DHPV dafür ein, dass die derzeit im Gesetzentwurf vorgesehenen Landesrahmenvereinbarungen (im Gesetzentwurf als „Versorgungsverträge“ bezeichnet) als Bundesrahmenverträge ausgestaltet werden. Die Bundesrahmenvereinbarung sollte zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie den Vereinigungen der Träger der SAPV-Leistungserbringer auf Bundesebene abgeschlossen werden und das Nähere über Art und Umfang der Versorgung regeln. Den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern ist durch jeweils gesonderte Vereinbarung ausreichend Rechnung zu tragen. Die Richtlinie nach § 37b SGB V wäre in dieser Bundesrahmenvereinbarung zu berücksichtigen. Die Empfehlungen nach § 132d

Abs. 2 SGB V würden in einer Bundesrahmenvereinbarung aufgehen. Die SAPV-Leistungserbringer hätten danach einen Anspruch auf Zulassung, wenn sie die in der Bundesrahmenvereinbarung vorgegebenen Voraussetzungen erfüllen. Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen dann gemeinsam und einheitlich mit dem SAPV-Leistungserbringer, der die Voraussetzungen dieser Bundesrahmenvereinbarung erfüllt, einen Versorgungsvertrag (vgl. § 8 Abs. 2 Bundesrahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 S. 4 SGB V). Ergänzende Landesrahmenvereinbarungen blieben – wie im Bereich der stationären Hospize – zur Flexibilisierung der konkreten Gegebenheiten vor Ort möglich. Die Bundesrahmenvereinbarung wäre alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.

II. Bewertung der Regelungen im Einzelnen:

Hinsichtlich des vorgelegten Gesetzentwurfes sieht der DHPV die folgenden Ergänzungs- und Änderungsbedarfe:

1. Ausschluss Vergabeverfahren durch Zulassungsverfahren

Der DHPV bezieht sich hier zunächst generell auf die Thematik der Herausnahme der SAPV-Versorgung aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen und damit dem Vergaberecht.

Nach dem vorgelegten Gesetzesentwurf werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einzeln oder gemeinsam zum Abschluss einheitlicher (Landesrahmen-)Versorgungsverträge mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV-Versorgung auf Landesebene rechtlich verpflichtet. Aus § 132d Abs. 1 S. 2 SGB V folgt sodann ein gesetzlich normierter Anspruch der SAPV-Leistungserbringer auf Abschluss eines Versorgungsvertrages, sofern sie die im Landesrahmenversorgungsvertrag geregelten Voraussetzungen erfüllen.

Da die Kranken- und Ersatzkassen zum Abschluss einheitlicher (Landesrahmen-) Versorgungsverträge verpflichtet werden, auf deren Grundlage ein gesetzlicher Anspruch für die Leistungserbringer auf Abschluss eines Versorgungsvertrages besteht, fehlt es an dem für die Anwendung des Vergaberechts notwendigen Auswahlermessen im Rahmen eines öffentlichen Auftrages. Es mangelt somit an der für die Durchführung des Vergabeverfahrens notwendigen Beschaffungsautonomie des öffentlichen Auftraggebers. Der DHPV hält dies im Grundsatz für den richtigen gesetzgeberischen Ansatz, die Versorgung der besonders vulnerablen Patientengruppe aus dem Vergaberecht herauszunehmen. Der DHPV ist jedoch der Auffassung, dass auch im Bereich der SAPV-Versorgung eine Bundesrahmenvereinbarung (statt einer Landesrahmenvereinbarung) dringend erforderlich ist und wird dies unter Punkt 2. näher darlegen.

Die Begründung zum grundsätzlichen gesetzgeberischen Konzept ist nicht ganz zutreffend, weshalb der DHPV hier eine Änderung vorschlägt. In der Gesetzesbegründung heißt es unter Bezug auf die Verunsicherung der Leistungserbringer und Krankenkassen nach der Entscheidung des OLG Düsseldorf vom 15.06.2016 (Az.: VII – Verg 56/15) zur Anwendbarkeit des Vergaberechts im Bereich der SAPV-Versorgung (S. 53):

„Die Krankenkassen sind daraufhin dazu übergegangen, mit jedem Leistungserbringer, der festgelegte Anforderungen erfüllt, einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Ein derartiges Verfahren unterfällt, da es kein Exklusivrecht zur Versorgung vermittelt, nicht dem Vergaberecht. Mit der Änderung wird dieses Verfahren gesetzlich abgesichert.“

Bei dem in Satz 1 angesprochenen Verfahren handelt es sich um das sog. Open-House-Verfahren, welches bislang in Rheinland-Pfalz bzw. dem KV Bezirk Nordrhein angewandt wurde. Richtig ist zwar, dass ein Exklusivrecht nicht vorliegt, da mit jedem Leistungserbringer, der die festgelegten Anforderungen erfüllt, ein Versorgungsvertrag abgeschlossen wird. Bei dem Open-House-Verfahren werden von „den Krankenkassen jedoch sämtliche Vertragsbedingungen einschließlich des Preises einseitig vorgegeben, ohne dass eine Verhandlungsmöglichkeit besteht. (...) Da die Leistungserbringer beim Open-House-Verfahren auf den Inhalt des Vertrages keinen Einfluss nehmen können, bleibt ihnen nur die Möglichkeit, die nicht verhandelbaren Vertragsbedingungen der Krankenkasse vorbehaltlos zu akzeptieren, wenn sie nicht von der Versorgung faktisch ausgeschlossen werden wollen“ (Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages: WD 9 – 3000, 025/17 zum Open-House-Verfahren mit

Leistungserbringern in der Hilfsmittelversorgung; S. 4).

Insofern ist die Gesetzesbegründung unzutreffend, wenn es dort heißt, mit der jetzigen Gesetzesänderung werde „dieses Verfahren gesetzlich abgesichert“ (Hervorhebung durch den DHPV). Dies ist gerade nicht der Fall. Wir möchten daher den folgenden Vorschlag zur Gesetzesbegründung unterbreiten, wobei das Konzept einer Bundesrahmenvereinbarung hier bereits Berücksichtigung findet:

Vorschlag zur Gesetzesbegründung, S. 122:

„Die Krankenkassen sind daraufhin dazu übergegangen, nach dem sog. Open-House-Verfahren mit jedem Leistungserbringer, der festgelegte Anforderungen erfüllt, einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Ein derartiges Verfahren unterfällt, da es kein Exklusivrecht zur Versorgung vermittelt, zwar nicht dem Vergaberecht. Es werden jedoch sämtliche Vertragsbedingungen einseitig vorgegeben, ohne dass für den jeweiligen Leistungserbringer eine Verhandlungsmöglichkeit besteht. Weder ein Vergabeverfahren noch das sog. Open-House-Verfahren sind geeignete rechtliche Rahmenbedingungen zur Versorgung mit SAPV, da diese am (Preis-)Wettbewerb ausgerichtete Verfahren der speziellen vernetzten Versorgungsstruktur der SAPV bei einer besonders vulnerablen Patientengruppe nicht gerecht werden.

Mit diesem Gesetzesentwurf wird ein Zulassungsverfahren auf der Basis einer Bundesrahmenvereinbarung etabliert. In dieser Bundesrahmenvereinbarung werden die maßgeblichen Voraussetzungen, nach denen ein Leistungserbringer den Zugang zur Versorgung erhält, festgelegt. Den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern ist durch jeweils gesonderte Vereinbarung ausreichend Rechnung zu tragen. In der Bundesrahmenvereinbarung sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere die räumliche Nähe der Versorger zum Patienten, zu berücksichtigen. In der Bundesrahmenvereinbarung ist auch die grundsätzliche Struktur der Vergütung festzulegen. In Satz (...) ist festgelegt, dass jeder Leistungserbringer, der die in der Bundesrahmenvereinbarung festgelegten Voraussetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag und damit auf den Zugang zur Versorgung erhält. Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen sodann gemeinsam und einheitlich mit dem SAPV-Leistungserbringer, der die Voraussetzung dieser Bundesrahmenvereinbarung erfüllt, einen Versorgungsvertrag. 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...“

2. § 132d Abs. 1 S. 1-4 SGB V – Zulassungsverfahren und Rahmenvereinbarung

Gesetzentwurf BMG:

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 Abs. 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. Personen oder Einrichtungen, die die in den Versorgungsverträgen nach S. 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.

Die SAPV-Versorgung dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Gerade in dem Bereich der Versorgung von Menschen mit lebenslimitierender Erkrankung muss flächendeckend und unterschiedslos eine qualitativ hochwertige und am Menschen ausgerichtete Versorgung sichergestellt werden. Es muss sichergestellt sein, dass die bestehenden Qualitätsanforderungen erhalten bzw. weiterentwickelt werden. Es bedarf daher – ähnlich wie auch bei stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten – eines bundeseinheitlichen, verbindlichen Rahmens zu Anforderungen an Qualität, Ausstattung und zu Grundzügen der Vergütung, die dann in den Versorgungsverträgen umgesetzt werden. Die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen mit SAPV bergen bereits zum jetzigen Zeitpunkt die Gefahr eines Flickenteppichs innerhalb Deutschlands. Diese Problematik würde durch den Abschluss von Landesrahmenverträgen perpetuiert, so dass sich innerhalb Deutschlands unterschiedliche Zulassungsvoraussetzungen zur SAPV entwickeln würden. Die derzeit vorgesehenen Rahmenverträge auf Landesebene sollen sowohl die Richtlinie nach § 37b SGB V als auch die

Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V berücksichtigen. Da die Empfehlungen – anders als die Richtlinie nach § 37b SGB V – keinen rechtsverbindlichen Charakter haben, bliebe es den Vertragspartnern auf Landesebene überlassen, inwieweit die Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V in den Rahmenverträgen übernommen würden („zu berücksichtigen“). Einen Anspruch auf Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Leistungserbringer dann, wenn sie die in den (Landes-) Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Diese können, müssen aber nicht mit den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V übereinstimmen. Daher würden Leistungserbringer der SAPV – je nach Rahmenvertrag auf Landesebene – unter unterschiedlichen Voraussetzungen und Anforderungen eine Zulassung erhalten, was der Qualität der Versorgung und damit auch der Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht dienlich wäre.

Der DHPV setzt sich daher nachdrücklich dafür ein, dass die derzeit im Gesetzentwurf vorgesehenen Landesrahmenvereinbarungen (im Gesetzentwurf als „Versorgungsverträge“ bezeichnet) als Bundesrahmenvereinbarung ausgestaltet werden. Die Bundesrahmenvereinbarung soll zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung und den Vereinigungen der Träger der SAPV-Leistungserbringer auf Bundesebene abgeschlossen werden und das Nähere über Art und Umfang der Versorgung regeln. Die Richtlinien nach § 37b SGB V wären in dieser Bundesrahmenvereinbarung zu berücksichtigen. Die in den Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V derzeit geregelten Inhalte wie Strukturen, Inhalt und Umfang der Leistungen, organisatorische Voraussetzungen [insbesondere sächliche Ausstattung], personelle Anforderungen und Qualitätsanforderungen) würden dann in der Bundesrahmenvereinbarung aufgehen, um so bundeseinheitliche Standards zu gewährleisten.

Die SAPV-Leistungserbringer hätten dann – wie im jetzigen Gesetzesentwurf – einen Anspruch auf Zulassung, wenn sie die in der Bundesrahmenvereinbarung vorgegebenen Voraussetzungen erfüllen. Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen dann gemeinsam und einheitlich mit dem SAPV-Leistungserbringer, der die Voraussetzungen dieser Bundesrahmenvereinbarung erfüllt, einen Versorgungsvertrag (vgl. § 8 Abs. 2 Bundesrahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 S. 4 SGB V). Ergänzende Landesrahmenvereinbarungen blieben – wie im Bereich der stationären Hospize – zur Flexibilisierung der konkreten Gegebenheiten vor Ort möglich. Die Bundesrahmenvereinbarung wäre alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen.

Vorschlag Gesetzentwurf DHPV:

- (1) *Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie den Vereinigungen der Träger der SAPV-Leistungserbringer auf Bundesebene das Nähere über die Zulassungsvoraussetzungen sowie Art und Umfang der SAPV-Versorgung. In der Bundesrahmenvereinbarung sind bundesweit geltende Standards zu Strukturen, Inhalt und Umfang der Leistungen, Vergütung, organisatorische und personelle Voraussetzungen sowie Qualitätssicherung festzulegen. Die Richtlinien nach § 37b SGB V sind zu berücksichtigen. Den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern ist durch jeweils gesonderte Vereinbarung ausreichend Rechnung zu tragen. Die Bundesrahmenvereinbarung ist spätestens bis zum _____ und danach mindestens alle vier Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.*
- (2) *Personen oder Einrichtungen, die die in der Bundesrahmenvereinbarung festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigten Vertrages mit den Krankenkassen, in dem die Einzelheiten der Versorgung und die Vergütung zu vereinbaren sind. Dabei sind regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen. Im Falle 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 oder für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.*

3. § 132d Abs. 2 SGB V (GKV-Empfehlungen)

Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass § 132d Abs. 2 in Gänze, jedenfalls aber – sollte es bei der jetzt vorgesehen Regelung auf Landesebene verbleiben – Nr. 3 SGB V ersatzlos zu streichen ist. Die Bedarfsprüfung führt zu einer Auswahlentscheidung unter den Leistungserbringern und somit zu einer Anwendung des Vergaberechts (vgl. auch: Föllmer: Palliativversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 219, 2014). Dies ergibt sich mittelbar auch aus den Empfehlungen, in denen es unter Ziffer 2.2 S. 3 heißt:

„Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.“

Dies bedeutet, dass die Krankenkassen nur mit so vielen Leistungserbringern Verträge abschließen dürfen, wie dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Da darüber hinausgehend keine weiteren Verträge abgeschlossen werden dürfen, führt dies zwangsläufig zu einer Auswahlentscheidung der Krankenkassen bezogen auf die Leistungserbringer, jedenfalls in dem Fall, wenn mehr Leistungserbringer einen Vertrag abschließen möchten, als dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Mit dem jetzigen Gesetzesentwurf entfällt eine Bedarfsprüfung. Richtigerweise findet sich somit im jetzigen Gesetzesentwurf nicht mehr die ursprüngliche Formulierung in § 132d Abs. 1 S. 1 SGB V „soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist“. Zu streichen wäre folglich (zumindest) auch § 132d Abs. 2 Nr. 3 SGB V.

4. § 132d Abs. 1 S. 5 SGB V – Schiedsverfahren

„Im Falle 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 S. 1 oder für die vertragsschließende Krankenkasse nach S. 3 zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen“.

Der DHPV sieht hier keinen Änderungs- oder Ergänzungsbedarf.

5. § 132d Abs. 2 Nr. 3 SGB V – Bedarfsgerechte Versorgung

Die Empfehlungen sollten Eingang in eine Bundesrahmenvereinbarung finden. §132d Abs. 2 ist zu streichen, jedenfalls aber (sollte es bei der jetzigen Regelung verbleiben) § 132d Abs. 2 Nr. 3 SGB V (Begründung s. oben).

6. § 132d Abs. 3 SGB V – Besondere Versorgung

„Gem. § 132d Abs. 3 SGB V können Krankenkassen Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a abschließen. Die Qualitätsanforderungen in den Empfehlungen nach Abs. 2 und in den Richtlinien nach § 37b Abs. 3 und § 92 Abs. 7 S. 1 Nummer 5 gelten entsprechend.“

Aus dem GKV-Bericht zur Palliativversorgung geht hervor, dass in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt neben den Verträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V auch Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a bzw. § 140b (a.F.) SGB V bestehen. Es handelt sich hierbei um insgesamt 10 Verträge.

Da § 132d Abs. 3 SGB V nach dem Gesetzentwurf unverändert bestehen bleiben soll, bedeutet dies, dass die Krankenkassen weiterhin (deutschlandweit) Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung abschließen dürfen. Bei diesen Verträgen handelt es sich um Verträge i.S.d. § 140a SGB V, die gem. § 69 Abs. 4 SGB V einem vereinfachten Vergaberecht unterfallen und auszuschreiben sind.

Der DHPV sieht hier die Gefahr eines Flickenteppichs und spricht sich daher dafür aus, dass zukünftig Vertragsschlüsse einheitlich im Rahmen eines Zulassungsverfahrens auf der Basis einer Bundesrahmenvereinbarung zustande kommen sollten. Wir empfehlen daher die Streichung des § 132d Abs. 3 SGB V.

7. Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit SAPV

In der Begründung heißt es auf S. 122:

„Die Krankenkassen stellten die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionellen Teams) schließen. In der mittlerweile abgeschlossenen Aufbauphase wurden die Verträge regelhaft in unmittelbarem, nicht formalisierten Dialog zwischen Kassen- und Teams geschlossen.“

Fraglich ist, inwieweit man die derzeit bestehenden Versorgungsstrukturen der SAPV mit einer „mittlerweile abgeschlossenen Aufbauphase“ beschreiben kann. Richtig ist, dass hinsichtlich des Ausbaus der SAPV-Versorgung eine positive Entwicklung zu verzeichnen ist. Diese ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Klarzustellen ist daher, dass es Gebiete gibt, in denen bislang keine SAPV-Versorgung gewährleistet bzw. die Versorgung nicht ausreichend ist. Insgesamt mangelt es somit weiterhin an einem flächendeckenden Ausbau der SAPV-Versorgung.

Vor diesem Hintergrund möchten wir darauf hinweisen, dass der Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung vom 08.12.2017 die Situation der SAPV-Versorgung nach unserer Auffassung beschönigend darstellt, indem ab S. 20 eine sichergestellte Versorgung in fast allen kreisfreien Städten und Landkreisen postuliert wird. Dies ist nach unseren Erfahrungen in der Realität nicht zutreffend. Beispielsweise ist nach dem GKV-Bericht in Rheinland-Pfalz die „Versorgung sichergestellt (Tabelle 15; S. 24). In großen Teilen von Rheinland-Pfalz war 2017 eine Versorgung unter den Qualitätsbedingungen der SAPV nicht gegeben (z.B. Westpfalz, Westeifel, Mittelmosel, Trier, Ludwigshafen, Speyer) – und selbst nach den aktuellen Ausschreibungen sind viele Gebiete immer noch nicht versorgt. Gleichwohl wurden im Widerspruch zum GKV-Bericht in Rheinland-Pfalz im Rahmen des Open-House-Verfahrens Verträge ausgeschrieben und zwar mit der (zutreffenden) Begründung einer nicht ausreichenden Versorgung in den jeweiligen Gebietslosen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der SAPV-Versorgung muss sichergestellt sein, dass der Ausbau der SAPV-Versorgung tatsächlich flächendeckend ist und jeder Patient/jede Patientin unterschiedslos, kurzfristig und unter Wahrung eines Wahlrechts mit SAPV versorgt werden kann. Es sollte daher – unter der Prämisse, dass es bei der Nichtanwendung des Vergaberechts verbleibt – gesetzlich normiert werden, dass die Krankenkassen die Bundesrahmenvereinbarung umzusetzen und auf

eine hinreichende flächendeckende SAPV-Versorgung hinzuwirken haben.

8. Zusammenfassende Bewertung:

Der DHPV unterstützt die gesetzgeberische Initiative, die SAPV-Versorgung aus dem Vergaberecht herauszunehmen. Der DHPV tritt jedoch vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen im Bereich der ambulanten und stationären Hospize dafür ein, ein Zulassungsverfahren auf der Basis einer Bundesrahmenvereinbarung zu etablieren. Die Leistungserbringer hätten dann einen Anspruch auf Zulassung zur Versorgung, wenn sie die in der Bundesrahmenvereinbarung normierten Voraussetzungen erfüllen. Die Bundesrahmenvereinbarung wäre alle 4 Jahre zu überprüfen und an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen. Der jetzige Gesetzentwurf wäre in § 132d Abs. 1 (n.F.) entsprechend anzupassen. § 132d Abs. 2 SGB V ist ebenso zu streichen wie § 132d Abs. 3 SGB V.