KBV

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 17. September 2015

zum Regierungsentwurf eines Gesetzes
zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)

Inhalt

A. VORBEMERKUNG 3

B. HAUSHALTSAUSGABEN OHNE ERFÜLLUNGSAUFWAND 4

C. MAßNAHMEN DES GESETZES IM EINZELNEN 5

Artikel 1 (Änderungen des SGB V) ... 5

Nr. 1 - (§ 27 Abs. 1) - Krankenbehandlung ... 5

Nr. 2 - (§ 37 Abs. 2a) – Häusliche Krankenpflege ... 5

Nr. 3 - (§ 39a Abs. 1) – Stationäre und ambulante Hospizleistungen ... 5

Nr. 3 - (§ 39a Abs. 2) – Stationäre und ambulante Hospizleistungen ... 5

Nr. 4 - (§ 39b neu) – Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen ... 6

Nr. 5 - (§ 73 Abs. 2) – Kassenärztliche Versorgung ... 6

Nr. 6 - (§ 87 Abs. 1b) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte ... 6

Nr. 6 - (§ 87 Abs. 2a) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte ... 8

Nr. 7 - (§ 92 Abs. 7) – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ... 9

Nr. 8 - (§ 119b) – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen ... 9

Nr. 9 - (§ 132d) – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung ... 10

Nr. 10 - (§ 132g) – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ... 10

Artikel 2 (Weitere Änderung des SGB V) ... 12

(§ 87a Abs. 2 Satz 3) Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten ... 12

A. Vorbemerkung

Ziel des Gesetzesentwurfes der Bundesregierung vom 12.06.2015 ist es, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland auszubauen und zu stärken. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat bereits in ihrer Stellungnahme vom 08.04.2015 zum Referentenentwurf diese Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit als richtigen und längst überfälligen Schritt ausdrücklich begrüßt Die KBV geht in dieser Stellungnahme sowohl auf die nach wie vor für die vertragsärztliche Versorgung relevanten Aspekte ein und nimmt zusätzlich auf die aktuellen Änderungen des Regierungsentwurfes Bezug.

Die Wahrung einer bestmöglichen Lebensqualität am Lebensende ist das wesentliche Ziel einer zeitgemäßen Palliativversorgung. Die Versorgung Sterbender ist essenzieller und wesentlicher Bestandteil der hausärztlichen Versorgung. Gerade in der letzten Phase des Lebens kommt der Koordination der Versorgung sowie der persönlichen Zuwendung sowohl für Sterbende als auch für An- und Zugehörige eine besondere Bedeutung zu. Häufig sind es der Hausarzt bzw. die Hausärztin, die nach langjährigen spezialisierten Therapien die wesentlichen Begleiter in den letzten Lebensmonaten werden. Gerade um Patienten die Wahl des Sterbeortes zu ermöglichen ist deshalb ein stringenter Ausbau der ambulanten Versorgung sinnvoll und erforderlich, weshalb die KBV die Zielsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes unterstützt. Viel zu viele Patienten versterben nach wie vor im Krankenhaus und dort auf akutmedizinisch ausgerichteten Intensivstationen.

Das rechtzeige Erkennen von palliativen Versorgungsbedarfen und das passgenaue, gestufte Angebot medizinischer und pflegerischer Leistungen unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen sind wesentliche Ziele des Hospiz- und Palliativgesetzes, dessen Ausrichtung und Intention von der KBV ausdrücklich unterstützt wird. Palliativversorgung bezieht sich dabei nicht nur auf die Symptombehandlung, sondern berührt auch die psychosoziale bzw. spirituelle Unterstützung sowie die Trauerbegleitung. Ein umfassendes Versorgungsangebot wird deshalb je nach individueller Situation in der Regel nur durch ein gut abgestimmtes und vernetztes Team aus allen relevanten, an der Versorgung beteiligten Fachberufen erbracht werden können. Der ambulanten und damit auch der vertragsärztlichen Versorgung kommt damit besondere Bedeutung zu. Mit der Einführung von spezifischen Leistungen für die hausärztliche Versorgung haben die Vertragspartner auf Bundesebene erstmalig der Palliativversorgung sichtbar Rechnung getragen. Hausärzte, die sich der Versorgung Sterbender widmen, erhalten für die aufgewendete Zeit und ihr Engagement eine zusätzliche Vergütung, die bislang mit der allgemeinen Pauschale abgegolten war. Dieser Schritt war wichtig, aber nicht ausreichend für eine umfassende ambulante Palliativversorgung. Nach wie vor sterben etwas mehr als die Hälfte der Menschen in Krankenhäusern. Die Ergebnisse einer ausgebauten ambulanten Palliativversorgung im Rahmen palliativmedizinischer Konsiliardienste im Bezirk der KV Westfalen-Lippe zeigen, dass zur Zufriedenheit aller Beteiligten deutlich mehr Patienten im häuslichen Umfeld versterben können. Die traditionelle Ausrichtung der Palliativversorgung auf Tumorpatienten zu überwinden und Sterbebegleitung auch solchen Patientengruppen zu ermöglichen, die bislang nicht im Zentrum der spezifischen Bemühungen standen (wie beispielsweise Patienten mit Herz-Kreislauf-, neurologischen oder pulmonalen Erkrankungen) ist dein besonderes Anliegen der ambulanten Palliativversorgung, die nun mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf Berücksichtigung finden.

Dennoch bittet die KBV, die folgenden Aspekte zu berücksichtigen:

- Die Palliativversorgung in Kliniken lässt sich nicht auf das Einrichten einer Palliativstation reduzieren. Der Aufbau einer allgemeinen Palliativversorgung, im ambulanten Bereich schon weit fortgeschritten und mit dem HPG noch weiter forciert, ist auch für den Krankenhausbereich essenziell und durch das HPG nicht abgedeckt. Hierfür sollten weitere gesetzgeberische Maßnahmen folgen.

- Das frühzeitige Erkennen von palliativen Behandlungsbedarfen sowie die Auswahl der geeigneten Maßnahmen sollten im Dialog mit Palliativpatienten zu einem frühen Zeitpunkt begonnen werden. Hierfür ist für Pflegeeinrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende vorgesehen. Dieses Angebot ist grundsätzlich auch für Patienten in häuslicher Umgebung vorzusehen und sollte entsprechend zum Leistungsbestandteil der ambulanten Palliativversorgung werden.

- Zur Vermeidung von hohen Verwaltungsaufwänden und der damit verbundenen Bürokratie bei stationären Pflegeeinrichtungen, Vertragsärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen sollten Förderungsmöglichkeiten für den Kooperations- und Koordinationsaufwand bei der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen in der vertragsärztlichen Versorgung jenseits von Kooperationsverträgen eröffnet werden.

- Bei der Umsetzung zur Förderung von Kooperationsverträgen nach § 87 Abs. 2a i. V. m. § 119b SGB V sollte ein praktikabler Umsetzungszeitraum unter Berücksichtigung der Komplexität der Verhandlungs- und Implementationsprozesse angesetzt werden.

- Die zur Anpassung der vertragsärztlichen Versorgung in der Gesetzesbegründung vorgesehenen Mittel sollten im Gesetzestext aufgenommen werden.

B. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung ist ein unterer mittlerer zweistelliger Millionenbetrag vorgesehen. Für die Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen ist ein mittlerer bis höherer zweistelliger Millionenbetrag und für die vertragsärztliche Beteiligung an der Versorgungsplanung am Lebensende in Pflegeeinrichtungen ein mittlerer zweistelliger Millionenbetrag vorgesehen. Die KBV regt aus Gründen der Klarheit und Transparenz an, die Bereitstellung von extrabudgetären zusätzlichen Mitteln zweckgebunden in einen § 87a Abs. 3 S. 6 neu zu fassen.

C. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

(Die Kommentierung beschränkt sich auf diejenigen Neuregelungen des Regierungsentwurfs, die für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten relevant sind.)

Artikel 1 (Änderungen des SGB V)

Nr. 1 - (§ 27 Abs. 1) - Krankenbehandlung

Nach § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V wird ein neuer Satz 3 angefügt, der klarstellt, dass die palliative Versorgung der Versicherten zur Krankenbehandlung gehört.

KBV
Die KBV begrüßt die Klarstellung, dass auch Leistungen am Lebensende zum Kernbestandteil der Krankenbehandlung gehören. So wird der Palliativversorgung die erforderliche Sichtbarkeit eingeräumt.

Nr. 2 - (§ 37 Abs. 2a) – Häusliche Krankenpflege

Durch § 37 SGB V wird einer neuer Absatz 2a eingefügt, dass die häusliche Krankenpflege auch die ambulante Palliativversorgung umfasst und bei der ambulanten Palliativversorgung regelmäßig die Möglichkeit besteht, die häusliche Krankenpflege auch über einen längeren Zeitraum zu verordnen.

KBV
Im Sinne der Patientenorientierung durch Vermeidung unnötiger Bürokratie begrüßt die KBV die Möglichkeit einer längeren Verordnungsdauer.

Nr. 3 - (§ 39a Abs. 1) – Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Durch die Ergänzungen und Änderungen in § 39a Abs. 1 wird der kalendertägliche Mindestzuschuss für stationäre Hospize von 7 auf 9 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V erhöht. Auch übernehmen Krankenkassen künftig generell die 95 % der zuschussfähigen Kosten.

KBV
Die KBV befürwortet die Stärkung der Hospizarbeit durch bessere und verlässlichere Rahmenbedingungen, wie sie im Gesetzesentwurf angelegt sind.

Nr. 3 - (§ 39a Abs. 2) – Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Durch die Anpassung des § 39a Abs. 2 werden unter anderem die Partner der Rahmenvereinbarung zur ambulanten Hospizarbeit verpflichtet, um künftig der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeheimen Rechnung zu tragen.

KBV
Hospizdienste übernehmen sowohl ambulant wie auch stationär wichtige Aufgaben und sind durch ein hohes ehrenamtliches Engagement geprägt. Die Intensivierung der ambulanten Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen ist ein wichtiger Baustein in der Verbesserung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Diese Vernetzung der Angebote für Palliativpatienten und ihre Angehörigen wird durch die KBV begrüßt.

Nr. 4 - (§ 39b neu) – Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Der § 39b neu gibt den Versicherten der Krankenkassen einen Anspruch auf eine umfassende Beratung zu Versorgungsangeboten in der Hospiz- und Palliativversorgung. Dieser Anspruch umfasst nicht nur regional spezifische Hinweise auf Versorgungsangebote, sondern auch Hilfestellung bei Kontaktaufnahme und Leistungsinanspruchnahme. Dies soll in Abstimmung mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgen. Bei der Beratung sollen Angehörige einbezogen werden. Im Auftrag des Versicherten sollen Ärzte und Leistungserbringer über die Inhalte und Hilfestellungen des Beratungsgesprächs informiert werden. Die Krankenkassen können die Beratungsleistung an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen.

KBV
Information und Orientierung sind essenzielle Vorbedingungen für eine bewusste Entscheidung von Patienten über die Erhaltung von Selbstbestimmung und Lebensqualität am Lebensende. Grundsätzlich ist deshalb die beabsichtigte Erweiterung des Serviceangebots der Krankenkassen zu begrüßen. Ein solches Beratungsangebot kann jedoch nicht relevante ärztliche Aspekte umfassen, wie sie beispielsweise durch die Einbeziehung von Vertragsärzten im §132g neu SGB V vorgesehen sind. Aus diesem Grunde wird empfohlen, ein medizinisch ausgerichtetes Versorgungsangebot in der vertragsärztlichen Versorgung zu etablieren (siehe Kommentierung § 132g). Die Weiterleitung der konkreten Beratungsinhalte an den behandelnden Arzt wird ausdrücklich begrüßt, sofern sie vom Einverständnis des Patienten getragen ist.

Nr. 5 - (§ 73 Abs. 2) – Kassenärztliche Versorgung

In § 73 Abs. 2 wird festgelegt, dass die vertragsärztliche Versorgung auch die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V umfasst.

KBV
Die gesonderte Aufführung der Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung im SGB V dient der besonderen Erwähnung dieses Versorgungsangebots im Sinne der Vollständigkeit des abzudeckenden Leistungsumfangs und ist im Grunde folgerichtig.

Nr. 6 - (§ 87 Abs. 1b) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Durch den neuen Absatz 1b in § 87 SGB V werden die KBV und der GKV-Spitzenverband verpflichtet, im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung zu vereinbaren. Dabei sollen auch die Inhalte und Ziele dieser Versorgung in Abgrenzung zu anderen Leistungen, die Qualifikationsanforderungen für Vertragsärzte, die Anforderungen an die Koordination und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive Kooperation mit weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden Angehörigen und Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität vereinbart werden. Die Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer ist zu berücksichtigen. Die Vereinbarung ist Grundlage für die Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach § 87 Abs. 2 S. 2 und innerhalb von sechs Monaten nach Ablaufen der Frist für das Inkrafttreten der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b S. 1 anzupassen. Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss erstmals zum 31.12.2017 dem Bundesministerium für Gesundheit über die Entwicklung der palliativmedizinischen Leistungen einschließlich ihrer Auswirkung auf die Verordnung der SAPV zu berichten.

KBV

Die Regelung zur Etablierung einer qualifizierten palliativen Versorgungsebene innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung wird grundsätzlich begrüßt. Gerade in denjenigen Fällen, in denen der Einbezug eines SAPV-Teams noch nicht angezeigt ist, gleichzeitig jedoch weitergehender fachlicher Informationsbedarf und Probleme der Versorgungssicherstellung an Wochenenden oder Abendstunden bestehen, kann eine auf diese Bedürfnisse ausgerichtete Versorgungsebene die Rahmenbedingungen für ein würdevolles Lebensende in der Häuslichkeit bieten. Insbesondere die Sicherstellung einer qualifizierten erweiterten Erreichbarkeit gewährt Patienten und deren An- bzw. Zugehörigen das erforderliche Vertrauen in die Verlässlichkeit der Versorgungsstrukturen. In schwierigen Situationen nicht allein gelassen zu werden, ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für den Sterbeort „Häuslichkeit“, so dass dem Ausbau dieser Versorgung hohe Bedeutung zukommt. Zu den Inhalten der qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gehören deshalb auch fallbezogene Beratungsleistungen immer dann, wenn ein weitergehendes Informationsbedürfnis der Patienten sowie deren Angehörigen besteht.

Hinsichtlich der Qualifikation sind bei der Definition der fachlichen Voraussetzungen, die bereits im Rahmen des Medizinstudiums erworbenen Kenntnisse und die berufsrechtlichen Bestimmungen selbstverständlich zu berücksichtigen. Allerdings muss das Augenmerk auch auf andere Struktur- und Prozessparameter gerichtet werden. Hierzu gehören insbesondere die Vernetzung mit anderen Akteuren der Palliativversorgung sowie die Einbindung in Netzstrukturen als auch die Sicherstellung von Erreichbarkeiten gerade auch außerhalb der Regelversorgungszeiten. Hier kann auf die wertvolle Expertise der Palliativ- und Hospizorganisationen aufgebaut werden, mit denen ein regelmäßiger Austausch unter Einbeziehung der Kostenträger beispielsweise in der Charta Palliativmedizin und am Runden Tisch des BMGs stattfindet und gepflegt wird. Die Ergebnisse der durchgeführten Palliativversorgung sollten evaluiert werden. Hierfür steht ein breites Instrumentarium zur Verfügung, das im Interesse einer bundeseinheitlichen Bewertung und Verbesserung der Versorgungssituation Bestandteil der Regelung werden sollte. Die Berichtspflicht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der abgerechneten palliativ-medizinischen Leistungen und über die Qualifikation der abrechnenden Ärzte sowie die Auswirkungen auf die Verordnungen der SAPV werden ausdrücklich begrüßt. Da die angeforderten Informationen aus Routinedaten der vertragsärztlichen Versorgung gewonnen werden, wird angeregt zur Vermeidung von Doppelstrukturen und Doppelaufwänden den Bericht des Bewertungsausschusses und den des G-BA zur Umsetzung der SAPV-Richtlinie aufeinander abzustimmen. Der „Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie“ des G-BA enthält alle maßgeblichen Informationen über die Leistungsentwicklung der SAPV in der gesetzlichen Krankenversicherung. Daher könnte alternativ erwogen werden, die Kennzahlen der KBV und des GKV-Spitzenverbands aus dem Bericht des G-BA in das nunmehr angeforderte Berichtswesen des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der palliativ-medizinischen Versorgung zu überführen.

Gesellschaftlich besonders förderungswürdige Bereiche unterliegen häufig gesonderten Finanzierungsbedingungen. Hierzu gehört beispielsweise, dass jede angeforderte Leistung vergütet wird. Dies betrifft unter anderem die Prävention, deren Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gewährt und damit nicht der Verrechnung aller ärztlichen Leistungen eines KV-Bezirks unterworfen wird. Gleiches sollte auch für die Palliativversorgung gelten. Mit der im Entwurf getroffenen Regelung steht zu befürchten, dass nach Ablauf der zwei Jahre zusätzlicher Vergütung diese Leistungen regional erheblich unterschiedlich bewertet und gewährt werden. Dies entspricht nicht der Bedeutung und der Notwendigkeit eines angemessenen palliativmedizinischen Versorgungsangebots und dies erst recht nicht vor dem Hintergrund des schon begonnenen demographischen Wandels. Mengenbegrenzende bzw. andere die Erbringung solcher Leistungen einschränkende Maßnahmen sind deshalb kontraproduktiv. Es wird deshalb vorgeschlagen, diese Leistungen konsequent und dauerhaft außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu gewähren. Nach den Ausführungen des Gesetzesentwurfes fallen zusätzliche vertragsärztliche Vergütungen für die neue beson-

ders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung in Höhe eines unteren mittleren zweistelligen Millionenbetrages an. Für die Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen ist ein mittlerer bis höherer zweistelliger Millionenbetrag und für die vertragsärztliche Beteiligung an der Versorgungsplanung am Lebensende in Pflegeeinrichtungen ein mittlerer zweistelliger Millionenbetrag vorgesehen. Die KBV regt aus Gründen der Klarheit und Transparenz an, die Bereitstellung von extrabudgetären zusätzlichen Mitteln zweckgebunden in einen § 87a Abs. 3 S. 6 neu (s. Kommentierung zu Nr. 6 und Nr. 7) zu fassen.

Nr. 6 - (§ 87 Abs. 2a) – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Diese neue Regelung sieht eine verbindliche Förderung der zwischen Vertragsärzten und stationären Pflegeeinrichtungen geschlossenen Kooperationsverträge, die den Anforderungen von § 119b Abs. 2 entsprechen, vor. Dabei ist diese Regelung bis zum 31.12.2015 mit Wirkung zum 01.04.2016 zu treffen.

KBV
Da die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen so gut wie keinen Gebrauch von dieser freiwilligen Förderungsmöglichkeit auf Landesebene gemacht haben, begrüßt die KBV es ausdrücklich, dass durch diese neue Regelung zur Förderung der kooperativen und koordinierten Versorgung von stationären Pflegeeinrichtungen eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab durch den Bewertungsausschusses innerhalb von neun Monaten nach dem Inkrafttreten des Gesetzes getroffen werden muss. Sie regt wie oben bereits ausgeführt an, aus Gründen der Klarheit einen expliziten Hinweis aufzunehmen, dass die Vergütung unbefristet und extrabudgetär erfolgen soll.

Die KBV unterstützt weiterhin ausdrücklich den Ansatz des Gesetzgebers, vernetzte Strukturen als prädestinierte Strukturen für die Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen zu betrachten. Deshalb sollte auch auf jeden Fall der spezifische Koordinationsaufwand von Koordinationsärzten bei Arztnetzen oder Arztgruppen besonders in der Vergütung berücksichtigt werden. Gleichzeitig sollte aber auch die Vergütung für einen einzelnen Haus- oder Facharzt diesem besonderen Engagement in einer Pflegeeinrichtung Rechnung tragen und einen entsprechenden Anreiz setzen. Angesichts der mehr als 10.000 stationären Pflegeeinrichtungen, die in der Regel mit einer Arztgruppe, einem Arztnetz oder auch mehreren einzelnen Haus- und Fachärzten kooperieren, ist mit einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Kooperationsverträgen zu rechnen. Da die Vorlage der Kooperationsvereinbarungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Evaluation nach § 119b Abs. 3, steht, wird angeregt, auf die Vorlagepflicht zu verzichten. Mit Blick auf den durch die Vorlage der Verträge entstehenden bürokratischen Aufwand bei Vertragsärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen wird hilfsweise vorgeschlagen, dem Modell der vertragszahnärztlichen Umsetzungspraxis zu folgen, in der der Vertragszahnarzt zunächst den Kooperationsvertrag anzeigt und bei Verlangen vorlegt. Dies würde die Implementierung dieser sinnvollen Förderung erleichtern.

In diesem Zusammenhang regt die KBV ebenfalls an, die nicht an den Abschluss eines Kooperationsvertrages gebundene allgemeine Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87a Abs. 2 S. 3 2. HS Nr. 1 ebenfalls in eine einheitliche Regelung des EBM zu überführen. Hierfür spricht nicht nur der erhebliche bürokratische Aufwand bei einem Vertragsschluss für die stationäre Pflegeeinrichtung und den Vertragsarzt, sondern auch die Geltung der Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag für diese kooperationsvertragsunabhängige Förderung der Pflegeheimversorgung. Gleichzeitig sollten regionale Vereinbarungen unberührt bleiben und ebenfalls förderungsfähig sein. Dabei sollte es im Ermessen der Verhandlungspartner auf regionaler Ebene stehen, ob die bestehenden Vereinbarungen den neuen Vorgaben angepasst werden.

Der ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehene Zeitrahmen für eine Regelung von neun Monaten mit Wirkung von zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes erschien realistisch. Da ebenfalls die Anlage 27 des Bundesmantelvertrages nach § 119b Abs. 2 SGB V angepasst werden muss, wird deshalb mit Blick auf die Umsetzbarkeit vorgeschlagenen, einen praktikablen, längeren Zeitraum als den im Regierungsentwurf festgelegten Regelungstermin in Anlehnung an § 87 Abs. 5b SGB V vorzusehen. Aufgrund der vorstehenden Ausführungen hält die KBV die nachfolgenden Ergänzungen für notwendig.

Ergänzungsvorschläge der KBV

§ 87 Abs. 2a wird wie folgt geändert:

> *„31. Dezember 2015“ wird durch „30. Juni 2016“ und „1. April 2016“ wird durch „1.Oktober 2016“ ersetzt.*

In § 87 wird folgender Absatz 2f eingefügt:

> *„(2f) Die ärztlichen Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (§§ 27 Abs. 1 Satz 3; 87 Abs. 1b) sind entsprechend der Beteiligung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsebene als gemeinsame und getrennte Einzelleistungen sowie als Zuschlagspauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu bestimmen.“*

In § 87a wird in Absatz 3 nach Satz 5 folgender Satz 6 angefügt:

> *„Die Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nach § 87 Abs. 2f sind mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Abs. 2 und außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung zu vergüten.“*

Nr. 7 - (§ 92 Abs. 7) – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Mit der Aufnahme der Aufgabe, Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung zu regeln, wird der G-BA beauftragt, die Richtlinie über die häusliche Krankenpflege fortzuentwickeln und mit Blick auf die Palliativversorgung zu konkretisieren.

KBV
Die KBV begrüßt diesen weitergehenden Ausbau der Palliativversorgung in der Regelversorgung.

Nr. 8 - (§ 119b) – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Nach § 119b Abs. 1 sollen die stationären Pflegeeinrichtungen nun Kooperationsverträge mit Vertragsärzten schließen. Aufgrund des bereits zum 1.1.2014 erfolgten Inkrafttretens der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag, die die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten festlegt, kann die gesetzliche Frist in Abs. 2 gestrichen werden.

KBV
Durch die von der KBV begrüßte neue Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 Abs. 2a neu für die ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistung auf der Grundlage von Kooperationsverträgen, die den Anforderungen des § 119b Abs. 2 entsprechen, wird ein positiver Anreiz für einen vermehrten Abschluss von Kooperationsverträgen gesetzt. Gleichzeitig existieren bereits zahlreiche weniger formalisierte gut funktionierende Kooperationen in der täglichen Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen. Die KBV regt deshalb an, mit Blick auf den hohen bürokratischen Aufwand auf eine Soll-Regelung so-

lange zu verzichten, bis die ersten Auswirkungen der neuen EBM-Regelungen nach § 87 Abs. 2a neu bewertet werden können. Die Evaluation der Auswirkungen der neu geschaffenen Förderung von Kooperationsverträgen wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings erscheint es mit Blick auf den bürokratischen Aufwand der Umsetzung (vgl. oben unter Nr. 5) geboten, hier auf Routinedaten zurückzugreifen und auf die Bewertung von Einzelverträgen zu verzichten. Auch sollte geprüft werden, den Evaluationszeitraum das Inkrafttreten für die Regelung nach § 87 Abs. 2a SGB V (vgl. oben ebenfalls unter Nr. 5) entsprechend anzupassen.

Nr. 9 - (§ 132d) – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Mit der Neufassung des § 132d wird zum einen im Falle der Nichteinigung über Vertragsinhalte eine Schiedsperson eingesetzt und zum anderen den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auf der Grundlage der §§ 73b und 140a SGB V zu schließen.

KBV
Die Klarstellung, dass im Rahmen von § 140a-Verträgen die gesamte Palliativversorgung von der AAPV bis zur SAPV geregelt werden kann, ist ein folgerichtiger Schritt. Gerade das Beispiel der Palliativversorgung der KV WL zeigt, dass solche integrativen Ansätze einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Palliativversorgung im Sinne einer Versorgung aus einer Hand leisten können. Allerdings ist aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen eine kassenübergreifende Versorgung stets zielführender, um Ungleichheiten in der Versorgung Sterbender zu vermeiden.

Nr. 10 - (§ 132g) – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Nach dieser neuen Vorschrift können stationäre Pflegeeinrichtungen Versicherten eine individuelle gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten. Diese umfasst die medizinisch-pflegerische Versorgung und Hilfen und Angebote zur Sterbebegleitung. Die Grundlage hierfür ist eine Fallbesprechung, in der auch auf die individuellen Bedürfnisse des Versicherten eingegangen und die medizinischen Abläufe des Sterbeprozesses und mögliche palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische und psychosoziale Maßnahmen besprochen werden sollen. In diese Besprechung sind der behandelnde Hausarzt oder andere Vertragsärzte einzubeziehen. Auch sollen die Angehörigen einbezogen werden. Zu dieser individuellen Versorgungsplanung am Lebensende sollen auch Notfallszenarien und regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote zählen. Dieses Beratungsangebot kann auch in Zusammenarbeit mit anderen regionalen Beratungsstellen erfolgen. Die Inhalte und Anforderungen an eine solche Versorgungsplanung werden zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbart. Die KBV und andere relevante Organisationen erhalten die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Kosten für diese Leistung der Pflegeeinrichtung werden von den Krankenkassen getragen. Die ärztlichen Leistungen sollen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet werden.

KBV
Die KBV befürwortet die umfassende individuelle Beratung zur Versorgungsplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen. Gleichzeitig bedauert sie, dass dieses Angebot nicht auch Palliativpatienten ambulant in der Häuslichkeit zur Verfügung steht. Sie schließt sich deshalb der Gegenäußerung des Bundesrates an, dieses Versorgungsangebot nicht auf Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschränken. Sie regt deshalb die Etablierung dieser ärztlichen Leistung in § 132 g Abs. 4 an.

Die obligate Hinzuziehung des behandelnden Hausarztes oder anderer Vertragsärzte wird mit Blick auf die Beratung zu den medizinischen Abläufen des Sterbeprozesses und der Not-

fallszenarien ausdrücklich begrüßt. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass die verpflichtende Teilnahme an einer Fallbesprechung eine gewisse Hürde im Praxisalltag darstellt, insbesondere, wenn sie mehrfach angeboten wird. Es wird deshalb angeregt, diese Regelung flexibler zu fassen. Da es sich um ein freiwilliges Angebot der Pflegeeinrichtung handelt, kann hier keine Verpflichtung zur Teilnahme des Vertragsarztes entstehen. Da die Palliativversorgung Bestandteil der hausärztlichen Versorgung ist und der behandelnde Hausarzt oftmals eine langjährige Bezugsperson für den Sterbenden ist, wird keine Notwendigkeit gesehen, besondere Qualifikationsanforderungen für den behandelnden Hausarzt zu etablieren, um den kontraproduktiven Ausschluss des behandelnden Hausarztes zu vermeiden. Vielmehr sollten die Beratungsinhalte spezifiziert werden. Da durch die Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 unmittelbar die vertragsärztliche Leistung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende betroffen ist, fordert die KBV, dass mit ihr Einvernehmen zu diesen Inhalten herzustellen ist. Des weiteren spricht sie sich dafür aus, dass auch hier die Klarstellung entsprechend unserem Vorschlag zur Neufassung von § 87 Abs. 3 Satz 4 (s. o.) aufgenommen wird, dass es sich um eine extrabudgetäre unbefristete Vergütung der Leistung handelt.

Änderungsvorschläge der KBV

§ 132g Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

> *„In die Fallbesprechung soll der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder andere Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Abs. 1 einbezogen werden oder in anderer geeigneter Weise an der Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung zum Lebensende beteiligt werden.“.*

In § 132g Abs. 3 erfolgt folgende Ergänzung:

> *Vor „das Nähere“ wird „im Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ eingefügt*.

In § 132g Abs. 3 Satz 2 neu wird wie folgt gestrichen:

> *Streichung „Den Kassenärztliche Bundesvereinigungen,“.*

In § 132g Abs. 4 Satz 5 erfolgt folgende Ergänzung:

> *Hinter dem Wort „Gesamtvergütung“ wird „nach § 87a Abs. 3 Satz 6“ eingefügt (entsprechend unserem Änderungsvorschlag unter Nr. 6)*

In § 132g Abs. 4 werden Satz 7 und 8 neu eingefügt:

> *„Diese ärztliche Leistung steht auch Versicherten, die nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, zur Verfügung. Das Nähere hierzu regelt der Bewertungsausschuss.“*

Artikel 2 (Weitere Änderung des SGB V)

(§ 87a Abs. 2 Satz 3) Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

Art. 2 dieses Gesetzes streicht die Regelung des § 87a Abs. 2 S.3 2. HS aufgrund der Änderungen dieses Gesetzes in Art 1 mit Wirkung zum letzten Tage des elften auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Kalendermonats.

KBV
Diese Änderung ist folgerichtig und ergibt sich aus der im Gesetzesentwurf angelegten Regelungssystematik.