



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV)

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

Kontakt:
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung e.V. (BAG-SAPV)
Vereinssitz Berlin

Postadresse: Gibber Straße 7 / 65203 Wiesbaden / www.bag-sapv.de
Tel: 0171 755 6017 / E-Mail: info@bag-sapv.de

Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 23. Juli 2018 den Referentenentwurf eines „Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)“ mit dem Tenor vorgelegt, dass eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Der Referentenentwurf zum TSVG sieht ebenfalls auch 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 und bundesweiter Zusammenschluss von Leistungserbringern und deren Landesvertretungen aus dem Bereich der SAPV, nimmt die Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV) hiermit Stellung zu den im Referentenentwurf auf S. 27 aufgeführten Änderungen zur SAPV. Die BAG-SAPV bittet darüber hinaus auch darum, bei allen anderen Änderungen im Referentenentwurf die besondere Situation von Menschen in Palliativsituationen angemessen zu berücksichtigen.

Vorbemerkung

Die BAG-SAPV begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesregierung die Initiative der BAG-SAPV aufgegriffen hat und im vorliegenden Referentenentwurf auch Änderungen zur „Gesetzlichen Regelung der SAPV“ vorsieht. Die in Aussicht genommene Konkretisierung des Willens des Gesetzgebers in Bezug auf die Nichtanwendung des Wettbewerbsrechtes erfolgt aus unserer Sicht rechtzeitig, bevor Nachteile für die Versicherten erwachsen.

Palliativversorgung ist spätestens seit dem Hospiz- und Palliativgesetz 2015 integraler Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch das Gesetz hat sich auch das Leistungsangebot für Versicherte der privaten Krankenversicherung verbessert. Hospiz- und Palliativversorgung, insbesondere die SAPV, soll dabei für jeden schwerkranken und sterbenden Menschen am individuellem Versorgungsbedarf ausgerichtet, wohnortnah, nachhaltig, wirtschaftlich und auf qualitativ hohem Niveau zur Verfügung stehen und ist somit für einen preisbezogenen Wettbewerb von Leistungen nicht geeignet.

Das Urteil des OLG Düsseldorf vom 15.06.2016 (AZ. VII – Verg 56/15) in Verbindung mit dem seit April 2016 gültigen Vergaberecht hat einen veränderten Rechtsrahmen gesetzt. Dies hat bezüglich des Abschlusses von neuen Versorgungsverträgen zur SAPV gem. § 132d SGB V sowohl bei Kostenträgern als auch bei Leistungserbringern zu nachhaltigen Irritationen geführt. Die Düsseldorfer Richter beurteilten, dass Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen grundsätzlich dem Vergaberecht unterliegen. Durch dieses Urteil entstand in der Folge in allen Bundesländern eine ausgeprägte Unsicherheit und der Eindruck, dass die Rechtssystematik höheres Gewicht habe als der Nutzen für die zu versorgenden Menschen. In der Folge war zu beobachten, dass der weitere flächendeckende Ausbau der SAPV gebremst bzw. verhindert und damit auch der Rechtsanspruch der Versicherten auf SAPV nicht flächendeckend vorangebracht wurde. Das derzeit eingeführte Open-House-Modell, welches für die Beschaffung von Waren entwickelt wurde und bei dem es an dem für soziale Dienstleistungen charakteristischen Personenbezug fehlt (vgl. Argumentation zu § 127 Abs. 1 S. 6 oder der ErwG 114 zur RL 2014/24/EG), ist für eine adäquate Versorgung sterbender Menschen nach Ansicht der BAG-SAPV nicht geeignet.

Durch die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung zum § 132d SGBV soll das bisherige Einzelvertragsmodell der Krankenkassen in ein Zulassungsverfahren umgewandelt werden. Dies ist ein wichtiger Schritt, um eine flächendeckende, am individuellem Versorgungsbedarf ausgerichtete und nachhaltige Versorgung mit Leistungen der SAPV zu erreichen. Hierzu dient auch die Regelung zur regionalen Einbindung der SAPV-Teams sowie der Verhandlung von SAPV-Versorgungsverträgen zwischen den Krankenkassen und den maßgeblichen Vertretern der SAPV-Leistungserbringer auf Landesebene.

Die „besonderen Belange von Kindern“ werden von den Krankenkassen nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt. Dies betrifft sowohl das Zustandekommen von Verträgen als auch die Leistungsgewährung im Einzelfall. Dafür lassen sich zahlreiche Beispiele anführen.

Die RL-SAPV, die Empfehlungen zur SAPV-RL sowie ergänzend die Empfehlungen zur Ausgestaltung der Versorgungskonzeption der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von Kindern und Jugendlichen vom 12.06.2013, bedürfen offensichtlich des gesetzgeberischen Auftrages, vom G-BA sowie den nachfolgend weiter präzisierenden Gremien der Selbstverwaltung gesondert für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene gefasst zu werden. Darüber hinaus erweist sich in der Versorgungspraxis dieser Zielgruppe eine gesetzgeberische Vorgabe als erforderlich, dass Kinder und Jugendliche grundsätzlich nur durch spezialisierte Teams für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene versorgt werden. Hierbei wäre es dringend erforderlich, in den Leistungsumfang in einer RL des G-BA zur SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auch psychosoziale Leistungen aufzunehmen.

Des Weiteren wäre erforderlich, in § 37b SGB V die Anwendung der Definition „spezialisiert“ (siehe Seite 9 dieses Schreibens) als normatives Prinzip aufzunehmen. Dies ist deshalb unverzichtbar, weil bei einer regional anwachsenden Anzahl von SAPV-Teams für die fachliche und qualifizierte Expertise eines SAPV-Teams Sorge getragen werden muss. Eine analoge prinzipielle Normierung zur Absicherung der erforderlichen fachlichen und qualifizierten Expertise, wie sie z.B. bei den ASV-Teams gem. § 116b SGB V durch Mindestmengenregelungen vorgenommen wurde, ist als Instrument für die SAPV nicht geeignet und stellt angesichts einer bereits auf europäischen Ebene konsentierten anderweitigen Definition¹ keine Alternative dar.

Die Erfahrungen in der Anwendung ambulanter und stationärer palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Versorgungsprinzipien sind zunehmend Gegenstand von Wissenschaft und Forschung. Dies lässt sich nicht zuletzt an Hand von Projekten aufzeigen, die vom Innovationsfonds gefördert werden. Dieser Entwicklungsprozess sollte weiter zum Nutzen der Versicherten vorangetrieben und nicht durch die Anwendung des Vergaberechts behindert werden.

Anmerkungen zum Referentenentwurf im Hinblick auf palliative Versorgung

- Ziffer 22 zum §44 in Abs.1 sollte auch die palliative Lebenssituation mit einbeziehen.
- Unter den Ziffern 29 und 30 wäre zu bedenken, dass die im Modellprojekt zu erbringenden Leistungen und deren Dokumentation“ auch die Leistungen und Dokumentation von Pflegefachpersonen betreffen. Aus diesem Grund sollte die Einbeziehung dieser Berufsgruppe in den Modelvorhaben auch gesetzlich mitberücksichtigt werden.
- Im Bezug zur Ziffer 45 zum neuen §89 empfehlen wir eine analoge Regelung zur SAPV zu definieren.
- Ziffer 58: zum §116b SGBV ermöglicht keine Teilnahmemöglichkeit für SAPV-Teams. Hier besteht eine Regelungslücke.

¹ Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, Ziffer 53.

Anmerkungen zur Neufassung des § 132d Absatz 1 (Ziffer 66)

„§ 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.“

Derzeit ist die SAPV-Versorgung in Deutschland von großer Heterogenität und qualitativen Unterschieden geprägt. Dadurch wird die Vergleichbarkeit von SAPV-Leistungen und eine bundesweite Qualitätssicherung verhindert bzw. erschwert. Nur durch bundeseinheitliche Vorgaben wäre dies zu erreichen. Den auf Landesebene zu schließenden Verträgen sollte eine bundesweite einheitliche Rahmenvereinbarung unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten zugrunde gelegt werden.

Um anerkannte und wissenschaftlich fundierte Qualitätskriterien einzubeziehen, müssen die maßgeblichen Organisationen der Hospiz- und Palliativversorgung (BAG-SAPV, DGP, DHPV) in die Erstellung einer bundesweiten Rahmenvereinbarung eng mit eingebunden werden. Diese Rahmenvereinbarung auf Bundesebene sollte auch bereits Grundzüge der Vergütung beinhalten, die sich in Art und Höhe nach den Qualitätsmerkmalen aus dem § 132d SGB V richten. Zur nachhaltigen Sicherung einer flächendeckenden und am individuellem Versorgungsbedarf des Versicherten ausgerichteten Erbringung der SAPV ist eine Refinanzierung der Aufwendungen eines SAPV-Teams in Form von Personal- und Sachkosten unabdingbar. Dies ist ebenfalls in der grundsätzlichen Struktur der Vergütung festzulegen.

Mit seinem Schreiben an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) vom 14.02.2008 weist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) darauf hin, dass die Leistung SAPV nur durch Leistungserbringer abgegeben werden soll, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur organisiert sind. Dies muss in den Grundzügen der Leistungserbringung und deren Vergütung berücksichtigt werden.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes sollten die Grundzüge der Vergütung in Art und Höhe in regelmäßigen Zeitabständen durch die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen einzeln oder gemeinsam und die maßgeblichen Landesverbände der SAPV-Leistungserbringer daraufhin überprüft werden, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung für beide Vertragspartner entsprechen. Die Krankenkassen greifen bei der Frage zur Wirtschaftlichkeit der SAPV-Leistungserbringung gedanklich zumeist auf in der Routineversorgung über Jahrzehnte angewandte statistische Modelle der Bestimmung von Leistungshäufigkeiten und deren Bezug auf den einzelnen Leistungserbringer mit nachfolgendem Häufigkeitsvergleich zurück. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer noch vergleichsweise jungen Leistung wie der SAPV ist diese Methode ungeeignet. Es ist daher notwendig für die SAPV

methodisch neue Regelungen zu gemeinsamen und regelmäßigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer bzw. deren Vertretern zu entwickeln.

„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 die geforderte Multiprofessionalität gewährleisten können, sollten Verträge nur mit entsprechenden SAPV-Teams oder Einrichtungen abgeschlossen werden, das Wort „Personen“ ist somit zu streichen.

Die genannten „festgelegten Voraussetzungen“ sollten in den einheitlichen Versorgungsverträgen definiert werden. Hierbei handelt es sich um Qualitätsmerkmale unterschiedlicher Art. Wir empfehlen aus diesem Grund „inkl. der Qualitätsmerkmale“ unter den Grundzügen der Vergütung zu ergänzen. Wenn dies geschieht, wird es unerlässlich sein, dass die Einhaltung der Voraussetzungen und der Qualitätsmerkmale überprüft wird. Diese Überprüfung sollte den maßgeblichen Vertretern der SAPV auf Landesebene gemeinsam mit den Krankenkassen obliegen. Außerdem sollte dies auch die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen und die Qualität der späteren Leistungserbringung betreffen, da diese eng zusammenhängen. Es ist aus unserer Sicht daher unerlässlich, Landesverbände der SAPV in die Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen mit einzubeziehen.

Die Erhaltung der Berichtspflicht zur SAPV ist vor dem Hintergrund der im Rahmen der durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) neu geschaffenen Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV gem. § 87 Abs.1b SGB V) und der Häuslichen Krankenpflegerichtlinie - HKP-RL Nr. 24a (Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten) erforderlich. Die BQKPMV und die HKP-RL Nr. 24a sind entsprechend der o.a.EU Ministerratsempfehlung² und der S3 LL Palliativmedizin³ als allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) einzuordnen. Diese Leistungen werden helfen, Versorgungslücken zu decken, können aber die SAPV nicht ersetzen. Die Beobachtung möglicher, d.h. naheliegender Auswirkungen auf die SAPV ist als notwendig zu bezeichnen, da die Auswirkungen der neuen Leistungen auf die SAPV noch nicht objektiv beurteilbar sind. Wir empfehlen deshalb nachdrücklich maßgebliche Vertreter der Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung für eine Bewertung / Stellungnahme des Berichtes mit in den Prozess einzubeziehen. Der Bericht inkl. der Stellungnahme könnte dann in die Weiterentwicklung der Richtlinie nach §37b SGB V genutzt werden.

² Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, Ziffer 53.

³ Leitlinienprogramm Onkologie | S3-Leitlinie Palliativmedizin | Mai 2015 | Langfassung Seite 83-84

„(...) 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 für den Fall vor, 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. Bei Nichteinigung auf eine Schiedsperson kann diese derzeit von der für die Krankenkassen zuständige Aufsichtsbehörde vorgegeben werden. Das ist für einen Teil der Krankenkassen meist das Bundesversicherungsamt (BVA), für einen anderen Teil der Krankenkassen die Landesaufsicht. Wir empfehlen, um gemeinsame Musterverträge nicht zu gefährden, dem Gesundheitsministerium des jeweiligen Bundeslandes diese Aufgabe zu übertragen. Den Leistungserbringern sollte hierbei ein Vetorecht eingeräumt werden. Die im Referentenentwurf im §89 und § 89a SGBV neu aufgeführten Schiedsamsregelungen empfehlen wir, im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf die SAPV zu prüfen und ähnliche Regelungen für die SAPV zu treffen.

(3) Krankenkassen können 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 Absatz 2 und in den Richtlinien nach § 37b Absatz 3 und § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.

Der geplante Umstieg von Einzel- auf Kollektivverträge ist sehr zu begrüßen. Im §132d SGBV Satz 3 wurde festgelegt, dass Krankenkassen Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a SGBV abschließen können. Über diese Regelung wären somit erneut Ausschreibungen von Einzelverträgen möglich, weshalb wir vorschlagen Absatz 3 des §132d SGBV zu streichen.

Änderungsbedarf

§ 132d Absatz 1 und 2 werden wie folgt formuliert:

„(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. *Grundlage bildet eine bundesweite Rahmenvereinbarung. In die Erstellung einer bundesweiten Rahmenvereinbarung sind maßgebliche Organisationen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einzubeziehen.* In den Versorgungsverträgen sind auch die Grundzüge der Vergütung, *insbesondere die Vergütungssystematik von multiprofessionellen Komplexleistungen inkl. deren Qualitätsmerkmale,* zu vereinbaren. *Die Grundzüge der Vergütung in Art und Höhe sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen.* 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.

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 Gesundheitsministerium des Bundeslandes* bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung maßgeblichen Spitzenorganisationen und die Spitzenorganisationen der Hospizarbeit legen gemeinsam in Vereinbarungen

- 1. die sächlichen, personellen und strukturellen Anforderungen an die Leistungserbringung,*
- 2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung;*
- 3. Maßstäbe und Maßnahmen für die Förderung von Strukturen einer flächendeckenden und am individuellem Versorgungsbedarf des Versicherten ausgerichteten Versorgung mit SAPV;*
- 4. Grundzüge der Vergütung und*
- 5. Anforderungen zur Evaluation der Versorgung* *fest.*

Dabei sind die besonderen Belange von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu berücksichtigen.

Bei der Vergütung sind die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie die Bezahlung nach arbeitsrechtlichen Regelungen dabei stets als wirtschaftlich anzuerkennen.

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 am individuellen Versorgungsbedarf der Patienten ausgerichtete 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 Rahmenvereinbarungen integrieren zu können (z.B. eine zwingende Regelung zur Refinanzierung der im Rahmen der Leistungserbringung angefallenen Personal- und Sachkosten bzw. der Ruf- und Einsatzbereitschaft).

Ausblick

Nach dem erfolgten Ausbau der gesetzlichen Vorgaben für die allgemeinversorgenden Strukturen (Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung und der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege Nr. 24a) ist durch die demographische Entwicklung dennoch mit zunehmendem Bedarf an SAPV zu rechnen.

Zur Abgrenzung der allgemeinen und spezialisierten Versorgungsangebote müssen neben Merkmalen der Patientenversorgung⁴ auch Merkmale der Qualifizierung der Mitarbeitenden herangezogen werden. Da es sich bei der SAPV um eine spezialisierte Versorgung handelt, für die spezifische Kenntnisse (Erfahrungsdichte und Qualifikation) erforderlich sind, wächst der Bedarf an Fachpersonal welches über die erforderliche Expertise verfügt. Diese ist fallzahlabhängig und kann nur über eine angemessene Zeitdistanz erworben werden. Gleichzeitig ist eine rasche und flächendeckende Verfügbarkeit der Leistung notwendig. Dieser Herausforderung darf nicht mit einer Absenkung der Qualitätsanforderungen begegnet werden.

⁴ Für die SAPV gemäß RL-GB-A SAPV: aufwändige Versorgung deren Anhaltspunkt das Vorliegen eines komplexes Symptomgeschehen ist

Maßgeblich für das Erbringen spezialisierter Leistungen in der SAPV sind die in den Empfehlungen des Ministerkomitees zur Strukturierung der Palliativversorgung in Europa konsentierten Anforderungen, mehr als die Hälfte der beruflichen Tätigkeit in der spezialisierten Palliativversorgung zu leisten⁵⁶.

Für SAPV Teams in besonders ländlichen Regionen ist es aufgrund geringer Fallzahlen und kleiner Versorgungsgebiete teilweise jedoch nicht möglich diese Expertise mit Fachkräften zu gewährleisten, die mit dem überwiegenden Anteil ihrer beruflichen Tätigkeit in der Palliativversorgung tätig sind. Hierzu empfehlen wir als Bedingung die kooperative Anbindung an ein SAPV Team, welches die erforderlichen Vorgaben erfüllt, vorzuschreiben und die Kooperation bzw. Zusammenarbeit mit diesem Team nachweisbar zu gestalten.

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

Wir freuen uns, dass mit den Ausführungen zur SAPV im vorliegenden Referentenentwurf die Absicht der Bundesregierung zur Weiterentwicklung und Stabilisierung dieser innovativen, sektorenübergreifenden, patientenzentrierten und besonders wirtschaftlichen Versorgungsform zum Ausdruck gebracht wird. Die BAG-SAPV unterstützt die gesetzgeberische Initiative, die SAPV-Versorgung aus dem Vergaberecht herauszunehmen. Die BAG-SAPV tritt jedoch vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Leistungserbringer aus 10 Jahren der praktischen Durchführung dieser Versorgungsform dafür ein, ein Zulassungsverfahren auf der Basis einer Bundesrahmenvereinbarung zu etablieren. Die Rahmenempfehlung sollte sich auf anerkannte und wissenschaftlich fundierte Qualitätskriterien, den Empfehlungen des Ministerkomitees und der S3-Leitlinie Palliativmedizin stützen. Die jeweiligen regionalen Besonderheiten sind bei den auf der Landesebene zu schließenden Verträgen zu berücksichtigen. In den Versorgungsverträgen wären auch die Grundzüge der Vergütung, insbesondere die Vergütungssystematik von multiprofessionellen Komplexleistungen inkl. deren Qualitätsmerkmale, zu vereinbaren. Der jetzige Gesetzesentwurf wäre in § 132d SGBV entsprechend anzupassen und § 132d Abs. 3 SGB V zu streichen.

⁵ Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, Ziffer 53.

⁶ Leitlinienprogramm Onkologie | S3-Leitlinie Palliativmedizin | Mai 2015 | Langfassung Seite 83-84