

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/7936 –

Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem GKV-WSG (Gesetzliche Krankenversicherungen Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurden zum 1. April 2007 auch die neuen §§ 37b und 132d unter dem Titel „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt. Damit besteht ab diesem Zeitpunkt ein individueller Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen „mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen“. Die Zielrichtung dieser Gesetzesnovellierung ist, auch für diese GKV-Versicherten „die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen“ (§ 37b Abs. 1 SGB V).

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde der Auftrag erteilt, bis zum 30. September 2007 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen der SAPV zu bestimmen (§ 37b Abs. 3 SGB V). In § 132d SGB V heißt es, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sowie Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierte ambulante Palliativversorgung festlegen sollen.

Nach der Begründung des GKV-WSG standen schon für das Jahr 2007 80 Mio. Euro für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zur Verfügung. Für das Jahr 2008 werden Ausgaben in Höhe von 130 Mio. Euro angenommen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist eine neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Lebenssituation vieler Schwerstkranker in ihren letzten Tagen und Wochen deutlich verbessert: GKV-Versicherte

haben nun einen eigenständigen Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Sie zielt darauf ab, dem Wunsch schwerstkranker Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben.

Es handelt sich um eine primär medizinisch ausgerichtete Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen. Das Nähere bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie. Die entsprechende Richtlinie regelt auch das Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz). Die gewachsenen Strukturen sind zu berücksichtigen.

Die Richtlinie ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 20. Dezember 2007 beschlossen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugeleitet worden. Die Beanstandungsfrist endet am 21. Februar 2008.

Die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringer (Palliative-Care-Teams) sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien in Rahmenempfehlungen nach § 132d SGB V festzulegen. Die Spitzenverbände haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Vereinigungen der Träger der Pflege auf Bundesebene, die Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung zu beteiligen.

1. Ist man zum jetzigen Zeitpunkt dem Ziel der gesetzlichen Neuregelung auch für aufwändig zu betreuende GKV-Versicherte am Lebensende „die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen“ zu verbessern, bereits deutlich nähergekommen, oder wann rechnet die Bundesregierung mit tatsächlichen Verbesserungen?
2. Wie ist der aktuelle Stand bei der Umsetzung der §§ 37b und 132d SGB V?
 - a) Warum wurde die Richtlinie zur SAPV nach § 92 SGB V erst Ende 2007 vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet?
 - b) Wann wird die Richtlinie in Kraft treten?
 - c) Wann rechnet die Bundesregierung mit bundesweit einheitlichen Empfehlungen nach § 132d SGB V?

Die Fragen 1 und 2 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 20. Dezember 2007 die Richtlinie zur Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung beschlossen und dem BMG zur Prüfung vorgelegt. Das BMG hat zwei Monate Zeit, die Richtlinie zu überprüfen. Die Richtlinie tritt am Tage nach der Veröffentlichung im „Bundesanzeiger“ in Kraft.

Das detaillierte Prüfergebnis wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitgeteilt. Insgesamt setzt die Richtlinie nach erster Einschätzung den Leistungsanspruch sachgerecht um. Die Richtlinie ist flexibel und ermöglicht eine Verbesserung der Versorgung, insbesondere auch unter Berücksichtigung gewachsener Strukturen. Bei den Beratungen, an denen alle maßgeblichen Organisationen auch der Palliativ- und Hospizbewegung beteiligt waren, sind die sensiblen und schwierigen Abgrenzungsfragen zur allgemeinen Palliativversorgung, zum in Frage kommenden Personenkreis und zur konkreten Ausgestaltung der neuen Leistung sowie die eingeholten Stellungnahmen mit großer Sorgfalt und hoher Verantwortung diskutiert worden. Dies erklärt, dass der Richtlinien-Beschluss etwas später als im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgesehen

erfolgte. Aufgrund der intensiven Vorarbeiten ist es nun mit der Erstfassung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gelungen, einen Definitionsrahmen zu erarbeiten, mit dem die Abgrenzungsfragen schlüssig beantwortet werden. Gleichzeitig bleibt genügend Spielraum, um individuellen Schicksalen und Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen schnellstmöglich auf Grundlage der Richtlinie zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung die Rahmenempfehlungen nach § 132d SGB V beschließen und die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Leistungserbringern abschließen.

3. Wie beurteilt die Bundesregierung die Richtlinie im Hinblick auf:
 - a) ein abgestimmtes Zusammenwirken mit Angeboten der spezialisierten stationären Hospiz- und Palliativversorgung,
 - b) die Einbindung ehrenamtlicher Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter,
 - c) die Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten,
 - d) die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten und
 - e) die Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen?

Die Richtlinie setzt nach erster Einschätzung den gesetzlichen Auftrag, u. a. auch die Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz) unter Berücksichtigung gewachsener Strukturen zu berücksichtigen, sachgerecht um, wenn auch einzelne Punkte noch vertieft zu prüfen sind.

4. Geht die Bundesregierung davon aus, dass die Regelungen der Richtlinie den Aufbau von Doppelstrukturen im Bereich der Palliativversorgung ausreichend vermeiden wird?

Ja. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergänzt subsidiär das vorhandene Versorgungsangebot. Sie wird je nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht und kann je nach aktuellem Versorgungsbedarf eine Beratungsleistung sein, die Koordination der Versorgung beinhalten, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Versorgung sein.

5. Haben Krankenkassen seit Inkrafttreten des GKV-WSG Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgeschlossen?
6. Welche Vertragsformen wurden hierbei genutzt, und trifft es zu, dass dies insbesondere Verträge zur integrierten Versorgung sind?
7. Sind die bestehenden und neu abgeschlossenen Verträge mit den Regelungen der §§ 37b und 132d SGB V kompatibel?
8. Welche (ersten) Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung dieser Verträge liegen vor (u. a. Kooperationen mit spezialisierter stationärer Hospiz- und Palliativversorgung, ambulanter und ehrenamtlicher Hospizarbeit, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie ambulanten Pflegediensten, Verringerung von Krankenhauseinweisungen)?

Die Fragen 5 bis 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, dass bereits Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgeschlossen worden sind. Es ist jedoch bekannt, dass die gesetzlichen Krankenkassen – unabhängig von der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Verträge zur Verbesserung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung abgeschlossen haben. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Verträge zur integrierten Versorgung auf Grundlage der §§ 140a ff SGB V.

Die Krankenkassen haben zur Sicherstellung der Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung Verträge mit geeigneten Leistungserbringern abzuschließen (§ 132d Abs. 1 SGB V). Beim Vertragsschluss sind die Rahmenempfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V zu beachten, in denen die Anforderungen an die Leistungserbringung festgelegt sind. Die Krankenkassen haben beim Abschluss der genannten Verträge zu prüfen, ob und inwieweit ein bestehender Vertrag zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung den Anforderungen an die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in den Rahmenempfehlungen entspricht. Ist dies der Fall, kann der Vertrag als Grundlage für einen Vertrag zur Sicherstellung der Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung dienen.

9. Sind im Jahr 2007 die im Gesetz veranschlagten 80 Mio. Euro in den Bereich der SAPV geflossen?

Falls nein, warum nicht, und in welcher Höhe sind Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen in die SAPV geflossen?

Da die erforderlichen Richtlinien erst 2008 in Kraft treten werden, sind 2007 keine Ausgaben für spezialisierte ambulante Palliativversorgung erfolgt (vgl. im Übrigen Antwort zu den Fragen 1 und 2).

10. Geht die Bundesregierung davon aus, dass die im Gesetz in Aussicht gestellten zusätzlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen von 130 Mio. Euro im Jahr 2008 erreicht, unter- oder überschritten werden, und wie begründet sie dies?

Die in der Begründung zum GKV-WSG genannten Ausgaben für spezialisierte ambulante Palliativversorgung beruhen auf Schätzungen aufgrund von Informationen aus Fachkreisen. Die tatsächlichen Ausgaben für spezialisierte ambulante Palliativversorgung für 2008 werden separat gebucht und in der GKV-Statistik im Rahmen der vierteljährlichen Finanzergebnisse (Statistik KV 45) und der endgültigen Jahresrechnungsergebnisse (Statistik KJ 1) gesondert erfasst und ausgewiesen. Das Ausgabenvolumen dürfte u. a. von der Entwicklung der entsprechenden Infrastruktur und der Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten nach Inkrafttreten der Richtlinie abhängen.

11. Wie steht die Bundesregierung zu der von Palliativmedizinern geäußerten Befürchtung, dass die ihrer Ansicht nach für die ambulante Palliativversorgung nachteiligere neue Vergütungsstruktur des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) dazu führen könnte, dass auch Patientinnen und Patienten, die keiner spezialisierten Versorgung bedürfen, SAPV verschrieben wird?

Die Bundesregierung teilt diese Befürchtung nicht. Auch im neuen EBM wird die palliativmedizinische Versorgung ausreichend berücksichtigt. Geändert hat sich lediglich Folgendes: Der im bis zum 31. Dezember 2007 geltenden EBM enthaltene Leistungskomplex „Koordination der hausärztlichen Betreuung“ im Unterabschnitt „hausärztliche Strukturleistungen“, der von Hausärzten bei

Patientinnen und Patienten mit mindestens einer von acht konkret benannten Indikationen (u. a. auch für die palliativmedizinische Betreuung) abgerechnet werden konnte, ist im neuen EBM nicht mehr aufgeführt. Die Hausärzte werden im neuen EBM zukünftig vor allem über Versichertenpauschalen vergütet, die nach drei Altersgruppen differenziert werden. Zudem können sie für die Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten zusätzlich zur Versichertenpauschale einen Morbiditätszuschlag und einige Einzelleistungen abrechnen. In der Bewertung des neuen Morbiditätszuschlags ist u. a. der bisherige Leistungsbedarf für die palliativmedizinische Betreuung enthalten. Zum neuen Morbiditätszuschlag ist im neuen EBM ausgeführt: „Zuschlag zu den Versichertenpauschalen ... für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankungen gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V“. Diese Definition umfasst damit auch Fälle mit palliativmedizinischem Behandlungsbedarf, ohne dass diese Indikation ausdrücklich genannt werden müsste. Ferner ist davon auszugehen, dass der Morbiditätszuschlag aufgrund des Verzichts auf die Nennung von spezifischen Indikationen in mehr Fällen der Betreuung schwerwiegend chronisch kranker Patientinnen und Patienten als bisher abgerechnet werden kann. Diese Regelung, die im Übrigen auch einem Vorschlag der Ärzteseite im Bewertungsausschuss folgt, trägt damit insbesondere dem besonderen Versorgungsbedarf schwerwiegend chronisch kranker Patientinnen und Patienten und dem höheren Betreuungsaufwand der sie behandelnden Hausärzte Rechnung. Der für den EBM zuständige Bewertungsausschuss ist verpflichtet, zeitnah die Auswirkungen des EBM auf die vertragsärztlichen Honorare und die Versorgung der Versicherten zu analysieren.

12. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass eine flächendeckende Verfügbarkeit spezialisierter Palliativversorgung auch im stationären Sektor entsteht und somit eine geschlossene Versorgungskette der spezialisierten Palliativversorgung angeboten werden kann?
13. Wie sollte aus Sicht der Bundesregierung spezialisierte Palliativversorgung im stationären Bereich, dem eine zentrale Steuerungsfunktion für die sinnvolle Inanspruchnahme der Möglichkeiten der SAPV zukommen könnte, ausgestattet sein?
 - a) Bedarf es hierzu neuer gesetzlicher Regelungen?
Wenn ja, welche sind dies?
 - b) Ist die aktuelle Finanzierung spezialisierter stationärer Palliativversorgung aus Sicht der Bundesregierung angemessen, oder sieht sie hier Handlungsbedarf?
Welcher Handlungsbedarf wäre das?

Die Fragen 12 und 13 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei der neuen Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativmedizin handelt es sich ausdrücklich um eine ambulante Leistung. Sie zielt darauf ab, dem Wunsch schwerstkranker Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Bestehende Leistungen der stationären palliativmedizinischen Versorgung im Krankenhaus bleiben hiervon unberührt. Insoweit obliegen die Planung und Vorhaltung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen den Ländern im Rahmen ihrer Krankenhausplanung auf der Grundlage landesgesetzlicher Regelungen.

14. Ist aus Sicht der Bundesregierung eine sektorübergreifende Sicherstellung der spezialisierten Palliativversorgung gewährleistet?

Falls nein, welcher ergänzender gesetzlicher Regelungen bedarf es?

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

15. Wie beurteilt die Bundesregierung die Regelungen in Hinblick auf deren Zusammenwirken mit den geplanten Regelungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz?

Wie bewertet die Bundesregierung die Befürchtung, dass insbesondere Angehörige von Palliativpatientinnen und -patienten von den Möglichkeiten der geplanten Pflegezeit ausgeschlossen blieben, weil viele dieser Patientinnen und Patienten (insbesondere bei Krebserkrankungen) den Kriterien zur Einstufung in der Pflegeversicherung nicht entsprechen?

Falls die Bundesregierung diese Auffassung teilt, welche Maßnahmen gedenkt sie diesbezüglich zu ergreifen?

Die Bundesregierung hat mit der Vorlage des Entwurfs für ein Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, in dem in Artikel 3 der Entwurf eines Gesetzes über die Pflegezeit enthalten ist, deutlich gemacht, welche Regelungen sie zum Zusammenwirken beider Regelkreise für erforderlich hält. Nunmehr bleibt der Ausgang des Gesetzgebungsverfahrens abzuwarten.

