

# Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV

## (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

(Gesetzentwurf / Stand: 25.10.2006)

### Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Nach § 37a wird folgender § 37b eingefügt (S.23-24):

- § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- (1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen und von der Krankenkasse zu genehmigen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.
- (2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs.1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs.1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs.2 gilt entsprechend.
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs.4 bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30.September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere
  1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten.
  2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten; die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen.
  3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

#### § 39a wird wie folgt geändert (S.24):

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 4 wird folgender Satz eingefügt: „Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen und in der Rahmenvereinbarung nach Satz 4 vorzusehen, dass Kinderhospize nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben.“
  - b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt: „Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen.“

#### § 92 wird wie folgt geändert (S.61-63):

- b) In Absatz 1 Satz 2 werden nach Nummer 12 ... folgende Nummern 13 und 14 angefügt:
  - „13) Qualitätssicherung,
  - 14) spezialisierte ambulante Palliativversorgung.“
- g) Nach Absatz 7a wird folgender Absatz 7b eingefügt:

„(7b) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr.14 ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs.1 Satz 1 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

#### Nach § 132c wird folgender § 132d eingefügt (S.83):

- § 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- (1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.
  - (2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen 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
    1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
    2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
    3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung fest.

### Artikel 34: Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (S.219)

- Nach § 5b Abs.3 der BtMVV ... wird Absatz 4 angefügt:

- (4) Betäubungsmittel, die nach Absatz 3 gelagert wurden und nicht mehr benötigt werden, können von dem Arzt für einen anderen Patienten dieses Alten- oder Pflegeheims oder Hospizes erneut verschrieben werden oder an eine versorgende Apotheke zum Zweck der Weiterverwendung in einem Alten- und Pflegeheim oder einem Hospiz zurückgegeben werden.

## Begründung

### ➤ A. Allgemeiner Teil

## II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

### 8. Maßnahmen zur Überwindung der Probleme an Schnittstellen (S.253)

- Ein Leistungsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird eingeführt und damit die palliativmedizinische Versorgung in der GKV deutlich verbessert. Der Leistungsanspruch umfasst neben ärztlichen und pflegerischen Leistungen – bei Bedarf rund um die Uhr – auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen.

### § 37b

#### • Zu Absatz 1 (S.292-293)

Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Dieses Ziel wird bisher in Deutschland nicht in einer diesem humanitären Anspruch genügenden Weise erreicht. Dies zeigt sich vor allem darin, dass ein Großteil der Patienten im Krankenhaus verstirbt. Anzustreben ist deshalb eine flächendeckende Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung. Zu diesem Ergebnis kommt auch der Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zur „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22. Juni 2005 (BT Drs. 15/5858).

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung erhalten die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung daher einen eigenständigen Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Bei der Leistung handelt es sich um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen, die bei Bedarf auch rund um die Uhr erbracht werden kann (Einzelheiten der Anforderungen an die Leistungserbringer, vgl. die Neufassung des § 132d). Die Leistung ist primär medizinisch ausgerichtet und umfasst die Befreiung oder Linderung von Symptomen (z.B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Verwirrtheit und Depressionen). Der Leistungsanspruch umfasst auch die Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Darüber hinaus gehende Begleitleistungen (z.B. Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen) sind vom Leistungsanspruch nicht umfasst, sondern sind weiterhin ergänzend, z.B. von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll Versicherten ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden. Der neue Leistungsanspruch steht den Palliativpatienten mit einer begrenzten Lebenserwartung zu, die einen besonderen Versorgungsbedarf (z.B. aufgrund einer besonderen Schwere und Häufung unterschiedlicher Symptome) aufweisen und dennoch ambulant versorgt werden könnten (Einzelheiten vgl. die Neufassung des § 132d). Nach Schätzungen von Experten, z.B. der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, haben ca. 10 % aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abzudecken ist. Die übrigen Palliativpatienten werden weiterhin in den derzeitigen Strukturen, insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt (hierzu näher Begründung zu der Neufassung des § 132d).

Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch einen Arzt und die Genehmigung durch die Krankenkassen. Die Leistung kann nicht nur von Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, verordnet werden, sondern auch von entsprechend qualifizierten Krankenhausärzten. Damit wird gewährleistet, dass ohne zeitlichen Verzug im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erbracht werden kann. Das Genehmigungsverfahren durch die Krankenkassen ist ebenfalls so auszugestalten, dass kein Zeitverzug entsteht.

#### • Zu Absatz 2 (S.293)

Mit dieser Vorschrift wird den Vertragsparteien der Verträge nach § 132d die Möglichkeit eingeräumt, in stationären Pflegeeinrichtungen eine der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung entsprechende Leistung durch die speziellen ambulanten Palliativteams im Sinne von § 37b Absatz 1 oder durch Personal der Pflegeeinrichtung selbst zu erbringen. Im erstgenannten Fall ist durch Absprachen sicherzustellen, dass die ambulanten Palliativteams Zugang zu den Einrichtungen erhalten. Die Leistungserbringung durch Personal der Pflegeeinrichtung setzt voraus, dass dieses aufgrund seiner Qualifikation in der Lage ist, spezialisierte Palliativversorgung zu erbringen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die stationäre Pflegeeinrichtung entweder einen auf Palliativmedizin spezialisierten Arzt beschäftigt oder mit einem derartigen Arzt zumindest einen Kooperationsvertrag schließt. Die stationären Pflegeeinrichtungen müssen, wenn sie Leistungen durch das Personal erbringen, dieselben Voraussetzungen erfüllen wie die ambulanten Palliativteams nach § 132d.

#### • Zu Absatz 3 (S.293-294)

Die nähere Konkretisierung des Leistungsinhalts der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien. Da es sich bei der Leistung um eine Gesamtleistung mit ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteilen handelt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Erarbeitung der Richtlinien auch pflegewissenschaftlichen Sachverständigen einzubeziehen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Organisationen zu beteiligen.

In den Richtlinien sind Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu konkretisieren. Zu konkretisieren ist dabei auch der besondere Versorgungsbedarf, der Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistung ist. Im Hinblick auf die Regelungstiefe der Richtlinien ist zu beachten, dass bei der Versorgung Schwerkranker und sterbender Menschen den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten und seines Umfelds in besonderer Weise Rechnung getragen werden muss. Hierzu benötigt das Palliative-Care-Team den aus ärztlicher und pflegerischer Sicht erforderlichen Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls.

Eine wichtige Säule der Sterbebegleitung stellt die ehrenamtliche Hospizarbeit dar. Um eine Verzahnung mit der ehrenamtlichen Hospizarbeit zu gewährleisten, haben die Palliative-Care-Teams mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten zusammenzuarbeiten, sofern Hospizdienste an der Betreuung der Versicherten beteiligt sind. Die Einzelheiten des Umfangs und Inhalts der Zusammenarbeit sind in den Richtlinien festzulegen.

Versicherte, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiter im Rahmen der derzeitigen Strukturen versorgt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, inwieweit dieser besondere Bedarf durch die subsidiäre vertragsärztliche Versorgung erbracht wird. Soweit Schnittmengen zwischen vertragsärztlicher Versorgung und der Versorgung im übrigen entstehen, sind Doppelabrechnungen auszuschließen.

Die Richtlinien haben schließlich Regelungen über die notwendige fachliche Zusammenarbeit zwischen den verordnenden Ärzten und den Leistungserbringern (Palliative-Care-Teams, vgl. § 132b) zu enthalten. Insbesondere ist der verordnende Arzt verpflichtet, den behandelnden Versorgungsteams alle notwendigen Informationen über die bisherige Behandlung zu übermitteln.

## § 39a

### • Zu Buchstaben a und b (S.294-295)

Um die Versorgung schwerkranker und sterbender Kinder zu verbessern, sind die auf Bundesebene bestehenden Rahmenvereinbarungen zu stationären Hospizleistungen nach Inhalt, Art, Umfang und Qualität so auszugestalten, dass sie den besonderen Belangen von Kindern ausreichend Rechnung tragen. Von besonderer Bedeutung können dabei die gegenüber anderen Hospizen höheren Infrastruktur- und Personalkosten sein. Diese können auch dadurch entstehen, dass in die Hospizarbeit Familienangehörige des Kindes einbezogen werden. Darüber hinaus können durch eine längere Verweildauer oder einen Wechsel zwischen stationärem Hospiz und der Versorgung an einem anderen Ort, weitere Besonderheiten zu berücksichtigen sein.

Durch die Neuregelung soll der Ausbau der Kinderhospizarbeit unterstützt und insbesondere die Abhängigkeit von Spenden und ehrenamtlicher Mitarbeit für stationäre Kinderhospize verringert werden. Der Kostenanteil, der nicht über die Krankenkasse, die Pflegeversicherung oder ggf. durch die Sozialhilfe getragen wird, soll deswegen nur noch höchstens 5 Prozent der vertraglich vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssätze tragen. Ein vollständiger Verzicht auf einen Anteil an den Kosten würde dem Hospizgedanken zuwiderlaufen, der im Wesentlichen auf ehrenamtlichem Engagement beruht.

Entsprechende Rahmenvorgaben sollen auch die ambulanten Hospizdienste stärken.

## § 92

### • Zu Buchstabe g (S.365)

Die Vorschrift dient dazu, den Sachverstand der Vertretungen der Hospizbewegung, der Palliativversorgung und der häuslichen Krankenpflege in die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einzubeziehen.

## § 132d

### • Zu Absatz 1 (S.393-394)

Die Vorschrift regelt die Erbringung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf der Grundlage von Verträgen von Krankenkassen mit Leistungserbringern (Palliative-Care-Teams). Diese Leistung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, weil es sich um eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung einschließlich von Koordinierungsanteilen handelt, die über Leistungsart und -umfang der vertragsärztlichen Versorgung hinausgeht. Diese Leistung ist bisher in dieser Weise nicht erbracht und vergütet worden. Dies gilt auch für den ärztlichen Leistungsanteil, der in dieser spezifischen Weise nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und damit auch nicht von der Gesamtvergütung erfasst wurde. Demzufolge ist auch die Gesamtvergütung nicht um die Kosten für den ärztlichen Leistungsanteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu bereinigen.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung steht den Versicherten zu, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Palliativpatienten, die diesen besonderen Bedarf nicht aufweisen, werden weiterhin im Rahmen der derzeitigen Strukturen insb. durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen palliativmedizinisch versorgt.

Voraussetzung für einen Vertragsschluss ist, dass die Einrichtungen oder Personen die ärztlichen und pflegerischen Leistungsinhalte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgeben können (vgl. zum Leistungsinhalt im einzelnen § 37b). Um an bereits bestehende Strukturen anzuknüpfen, können alle bereits existierenden Leistungserbringer (z.B. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize, Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI) in diesem neuen Leistungssegment tätig werden, wenn sie die Anforderungen an die Leistungserbringung durch entsprechende vertragliche Regelungen erfüllen (z.B. Vertragsarzt oder Krankenhaus kooperiert mit qualifiziertem Pflegedienst und bietet als Versorgungsverbund die Leistung an). Die Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind, ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht somit nicht. Die vertraglich gebundenen Leistungserbringer haben primär die Aufgabe, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu erbringen. Sie können jedoch auch für andere im Bereich der Palliativmedizin tätige Leistungserbringer (Vertragsärzte, häusliche Pflegedienste, Krankenhäuser etc.) beratend tätig werden und tragen somit insgesamt zur Qualitätssteigerung der palliativmedizinischen Versorgung bei.

• **Zu Absatz 2 (S.394)**

Das Verfahren gewährleistet bundesweit einheitliche Anforderungen an die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie einheitliche Vorgaben an die Qualitätssicherung. Zudem trägt das Verfahren zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung bei. Die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und weitere Partner haben in Nordrhein-Westfalen ein „Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW“ vereinbart. In diesem Programm wird bei einer Teamgröße von 8 Vollzeitkräften ein Bedarf von einem Versorgungsteam auf ca. 250.000 Versicherte angenommen. Diese Größenordnung kann als Anhaltspunkt für eine bedarfsgerechte Versorgung angesehen werden.

**Zu Artikel 34: Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (S.552)**

Durch die neue Vorschrift des § 5b Abs. 4 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung wird geregelt, dass Betäubungsmittel, die im Alten- und Pflegeheim oder dem Hospiz unter der Verantwortung des behandelnden Arztes gelagert wurden und nicht mehr benötigt werden, entweder von dem Arzt erneut für andere Patienten der gleichen Einrichtung verschrieben werden können oder an eine versorgende Apotheke zurückgegeben und danach in einem Alten- und Pflegeheim oder einem Hospiz weiterverwendet werden können. Damit wird sichergestellt dass unverbrauchte Betäubungsmittel einer Weiterverwendung zugeführt werden können und nicht vernichtet werden müssen ... Zivilrechtliche Fragen wie die Eigentumsübertragung an den Arzt oder die Apotheke können im Heimversorgungsvertrag des Heims oder Hospizes mit den jeweiligen Patienten geregelt werden.

➤ **C. Finanzielle Auswirkungen**

**Gesetzliche Krankenversicherung (S.576)**

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes wird die gesetzliche Krankenversicherung im Vergleich zu den derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen ab dem Jahr 2007 bezogen auf den Zeitraum eines Kalenderjahres um rd. 1,8 Mrd. € entlastet. Geschätzten Minderausgaben mit einem Entlastungsvolumen von rd. 2,1 Mrd. € stehen geschätzte Mehrausgaben von rd. 0,3 Mrd. € gegenüber.

- Jährliche Minderausgaben resultieren aus folgenden Maßnahmen:
  - > Umstellung auf Arzneimittelhöchstpreise rd. 1,00 Mrd. €
  - > Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen bei Arzneimitteln rd. 0,10 Mrd. €
  - > Ausschreibung bei Hilfsmitteln rd. 0,30 Mrd. €
  - > Abschlag Krankenhausrechnungen (in 2007 und 2008) rd. 0,35 Mrd. €
  - > Verzicht auf Rückzahlung nicht verausgabter Mittel zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung an Krankenhäuser (in 2007 und 2008) rd. 0,05 Mrd. €
  - > Ausgabenabschlag bei Fahrtkosten rd. 0,10 Mrd. €
  - > Festzuschüsse bei Rehabilitationsmaßnahmen rd. 0,10 Mrd. €
  - > Entlastungen bei Folgekosten für Schönheitsoperationen rd. 0,05 Mrd. €
- Jährliche Mehrausgaben resultieren ab 2007 aus folgenden Maßnahmen:
  - > Verbesserung der Palliativversorgung in 2007: rd. 0,08 Mrd. €  
(2008 rd. 0,13 Mrd. €, 2009 rd. 0,18 Mrd. €, 2010 rd. 0,24 Mrd. €)
  - > Verbesserung der geriatrischen Rehabilitation und Aufnahme in Regelleistungskatalog rd. 0,05 Mrd. €
  - > Aufnahme von Mütter-/Väter-Kind-Kuren in Regelleistungskatalog rd. 0,07 Mrd. €
  - > stationäre Behandlungspflege in besonders schweren Fällen rd. 0,06 Mrd. €
  - > Aufnahme von Schutzimpfungen in Regelleistungskatalog rd. 0,05 bis 0,10 Mrd. €