

7. Darüber hinaus sollte auch eine für den Einzelfall maßgebliche Entscheidungsmöglichkeit und -zuständigkeit für nicht zugelassene Leistungen, Methoden und Verfahren in der Palliativversorgung in § 2 SGB V geschaffen werden.
8. Die Vorhaltung, Anwendung und Überlassung notwendiger Arzneimittel, einschließlich Betäubungsmitteln, in Hospizen, Pflegeeinrichtungen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) bedarf einer rechtssicheren Normierung und Finanzierung. Zu denken ist z. B. an eine spezifizierte Vereinbarung im Sinne einer besonderen Sprechstundenbedarfsregelung.
9. Die gesetzlich geforderte Notwendigkeit der Vorlage des Originalrezepts in der Apotheke vor Abgabe oder Auslieferung von Betäubungsmitteln an den Patienten kann zu einer unverhältnismäßigen Verzögerung und Erschweren der erforderlichen und zeitnahen Arzneimittelanwendung führen. Daher empfiehlt es sich, in begründeten Ausnahmefällen die elektronische Übermittlung und nachträgliche Vorlage des Originalrezeptes ausreichen zu lassen.
10. Die Durchsetzung sozialrechtlicher Leistungsansprüche von Palliativpatienten ist unter Berücksichtigung der besonderen Eilbedürftigkeit der Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Insoweit muss für die Betroffenen ein effektiver Rechtsschutz bestehen. Dieser ist in der derzeitigen Form eines Widerspruchs- und Klagerechts nicht ausreichend gewährleistet. Es empfiehlt sich insoweit die Einrichtung einer besonderen, fachspezifisch besetzten Clearing- oder Schiedsstelle auf Landesebene, die über streitige Leistungsansprüche der Versicherten mit Wirkung für und gegen die Beteiligten ausreichend zeitnah und sofort vollziehbar entscheidet.
11. Die Verordnung von SAPV auf Muster 63 erfolgt derzeit durch den zuständigen Vertragsarzt oder Krankenhausarzt. Diesen obliegt die Aufgabe, die Notwendigkeit der SAPV festzustellen. Der spezifische Inhalt der Palliativversorgung im Einzelfall kann dabei indes erst nach der Einschätzung des Hilfe- und Behandlungsbedarfs (sog. Assessment) durch das SAPV-Team konkretisiert werden. Aufgabe des Vertragsarztes oder Krankenhausarztes sollte daher allein die Feststellung der Notwendigkeit der SAPV sein. Die Konkretisierung des im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Hilfebedarfs sollte durch das vom Patienten ausgewählte SAPV-Team auf Grundlage der vom Vertragsarzt oder Krankenhausarzt ausgestellten Verordnung erfolgen. Für eine im Notfalleinsatz erforderliche und vom Notarzt veranlasste SAPV sollten ergänzende Rechtsgrundlagen geschaffen werden.
12. Zur Wirksamkeit eines flächendeckenden, nachhaltigen palliativen Versorgungsangebotes im stationären und ambulanten Bereich empfiehlt es sich, eine verbindliche und transparente Bedarfsermittlung und Bedarfsplanung durchzuführen. Aufgrund des in der Palliativversorgung den gesetzlichen Krankenkassen zugewiesenen Sicherstellungsauftrages ist dies Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Dabei sollten die maßgeblichen Fachverbände und Selbstverwaltungskörperschaften eingebunden werden.
13. Die vom Gesetzgeber in § 132d SGB V intendierten vertragswettbewerblichen Strukturen der SAPV haben in der Praxis zu einer unterschiedlichen, die Versorgungsqualität beeinträchtigenden Ausgestaltung der SAPV geführt. Daher sollten diese wettbewerblichen Elemente durch eine einheitliche Versorgungsstruktur abgelöst werden. Insbesondere sollten Inhalt, Strukturqualität, Vergütung, Funktion und Aufgaben der Beteiligten der SAPV in allgemeinverbindlichen Verträgen oder Richtlinien festgelegt werden. In diesem Sinne sollte z. B. die Ruf- und Einsatzbereitschaft der SAPV als alleinige Leistung anerkannt und vergütet werden.
14. Die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von SAPV vorgesehenen Versorgungsformen der Beratungsleistung, der Koordination der Versorgung, der additiv unterstützenden Teilversorgung und der vollständigen Versorgung sollten inhaltlich verbindlich konkretisiert werden, um eine einheitliche Anwendung zu gewährleisten.
15. Im Rahmen der stationären Hospizversorgung bestehen keine überzeugenden Gründe dafür, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen auf einen Zuschuss von 90% bzw. 95% zu beschränken. Die Notwendigkeit einer ergänzenden Spendenfinanzierung sollte daher durch eine Vollfinanzierung seitens der gesetzlichen Krankenkassen ersetzt werden.
16. Eine Übertragung ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal und die Einbindung der Angehörigen in die häusliche Versorgung der Patienten spielen für die Palliativversorgung naturgemäß eine zentrale Rolle. Die dabei bestehenden Unsicherheiten und engen rechtlichen Grenzen behindern indes eine sinnvolle Kooperation und Teamarbeit in der SAPV. Es empfiehlt sich daher, eine Weiterentwicklung der bestehenden gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen zur Delegation und Substitution zu veranlassen, die über die Modellvorhaben des § 63 Abs. 3c SGB V hinausgehen.

Einbeck im Oktober 2014
Das Präsidium der DGMR e. V.

DOI: 10.1007/s00350-015-3911-8

Tagungsbericht 5. Kölner Medizinrechtstag

André Bohmeier

Zwei Wochen nachdem das Bundesministerium für Gesundheit den Referentenentwurf des geplanten Versorgungsstärkungsgesetzes vorgestellt hatte, veranstaltete das Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln am

24.10.2014 zum fünften Mal den mit großem Erfolg etablierten Kölner Medizinrechtstag, in diesem Jahr zu dem entsprechend aktuellen Thema: „Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen auf dem Prüfstand“.

Zu ausgewählten Aspekten dieses Problemkreises referierten auf dieser von Prof. Dr. *Christian Katzenmeier* (Universität zu Köln) moderierten Tagung: Dr. *Ulrich Orlowski* (MinDir BMG), Prof. Dr. Dr. hc. *Rainer Pitschas* (Deutsche

Universität Speyer, stellv. Unparteiischer Vorsitzender des GBA), RA *Joachim Schütz* (Geschäftsführer des Deutschen Hausärzterverband), RA *Andreas Wagener* (Geschäftsführer Recht der DKG), RA Dr. *Bernd Halbe* (Dr. Halbe Rechtsanwalt) und Prof. Dr. *Ulrich Wenner* (Vorsitzender Richter am BSG, 6. Senat: Vertragsarztrecht).

Erstmals ist in diesem Rahmen auch der Dissertationspreis des Kölner Vereins zur Förderung der medizinrechtlichen Forschung e. V. an *Tobias Voigt* und *Julian Reisewitz* für deren herausragende medizinrechtliche Arbeiten verliehen worden.

Zusammenfassung der Referate

Den ersten Vortragsblock eröffnete *Ulrich Orlowski* mit seinem Referat zu den versorgungsstrukturellen Kernelementen des geplanten Versorgungsstärkungsgesetzes. Der Ministerialdirektor des Gesundheitsministeriums spannte damit den Rahmen für das folgende Programm, indem er die geplanten Modifikationen und Weiterentwicklungen versorgungsstruktureller Elemente des Gesetzentwurfs darstellte.

Diese wurden anschließend von *Rainer Pitschas* aus verfassungsrechtlicher Sicht untersucht und bewertet. Grundsätzlich seien die Ziele regulatorischer Gesundheitspolitik legitim; es bestehe ein entsprechender verfassungsrechtlicher Spielraum für die Entwicklung innovativer Versorgungsstrukturen. Dabei seien jedoch „verfassungssensible Innovationsfelder“ festzustellen, in denen geplante Neuregelungen im Lichte der verfassungsrechtlichen Kompetenznormen und der Grundrechte an die Grenze der Verfassungswidrigkeit heranreichten bzw. diese überschritten. Hierzu gehörten (u. a.) die anhaltende Schwächung der Privatautonomie, der gesetzlich gewollte Strukturwandel der ambulanten und stationären Versorgung und die künftige Finanzierungsstruktur. Da Regulierungsrecht eher rechtfertigend im Hinblick auf staatliche Grundrechtseingriffe und weniger individuell-abwehrrechtlich wirke, sei verstärkt auf die verfahrensrechtliche Kontrolle gesetzlicher Regelungen und auf die Abwägung des Zweck-Mittel-Einsatzes im Lichte des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes Wert zu legen.

Zu Beginn des zweiten Blocks sprach sich *Joachim Schütz* für eine Stärkung der Selektivverträge im ambulanten Sektor aus. Diese müssten eine „echte“ Alternative zur Regelversorgung bieten. Dafür seien, aufgrund ihres flächendeckenden Charakters, insbesondere die Versorgungsformen nach den §§ 73b und 73c SGB V geeignet; jedoch sei die Schaffung allgemeiner und spezieller Rahmenbedingungen wie die Neuordnung der Finanzierungsinstrumente, die Neubestimmung der Vertragspartner auf Ärzteseite und eine stetige Evaluation nach angemessener Vertragslaufzeit notwendig.

Anschließend stellte *Andreas Wagener* die Möglichkeiten, Vorteile und Schwierigkeiten bei der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser dar. Problematisch sei die Zersplitterung der einschlägigen Rechtsgrundlagen. Gleichwohl biete dieser Leistungsbereich eine Vielzahl positiver Effekte hinsichtlich der Behandlungsqualität und -effektivität, weswegen dessen Rahmenbedingungen gesetzlich klar definiert und ausgebaut werden müssten. Dazu gehöre insbesondere die Stärkung von Kooperationsmöglichkeiten mit dem ambulanten Sektor, eindeutige Rechtsgrundlagen für die Zulassung, faire Vergütung und die Einbeziehung in Entscheidungsprozesse um ambulante Leistungen. Die

im Referentenentwurf vorgesehenen Terminservicestellen, durch die bei fehlenden niedergelassenen Kapazitäten und entsprechender Dringlichkeit ein Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten sei, unterstrichen diese Notwendigkeit.

Die in den letzten Jahren durch den Gesetzgeber eingeräumten Kooperationsmöglichkeiten und das daraus resultierende Spannungsfeld zu den seit jeher verbotenen Vereinbarungen standen im Mittelpunkt des Vortrages des Referenten *Bernd Halbe*. Die Grenzen des Verbotenen verschoben sich im Lichte „neuer“ Erlaubnisnormen. Die betroffenen, gegensätzlichen Interessen müssten nach den Grundsätzen der „praktischen Konkordanz“ in Einklang gebracht werden. Problematisch sei dabei, dass die betroffenen Rechtsbereiche regelungstechnisch nicht kompatibel aufeinander abgestimmt seien. Unvollständig umgesetzte gesetzgeberische Vorhaben würden diesen Zustand zusätzlich verstärken. Zudem sei eine deutliche Tendenz der Rechtsprechung eines einseitigen Abwägungsprozesses zur Feststellung korrupten Verhaltens erkennbar.

Zu ausgewählten Strukturproblemen und den daraus erwachsenden Herausforderungen für die Rechtsprechung sprach *Ulrich Wenner* in seinem abschließenden Vortrag. Dabei konzentrierte sich der Vorsitzende BSG-Richter auf die Ursachen und Auswirkung des Phänomens der Über- und Unterversorgung, welches eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung und den Abbau von Überversorgung in Ballungsräumen, etwa durch Änderungen bei der Praxisnachfolge, erfordere. Der jüngste Referentenentwurf biete ebenfalls keine hinreichenden Instrumente zur Lösung dieses Problems. Hinsichtlich der ambulanten Notfallversorgung seien ungelöste Koordinationsprobleme zwischen vertragsärztlichem Notfalldienst und Notfallversorgung im Krankenhaus zu konstatieren. Normative Vorgaben (Vorrang der Vertragsärzte) und versorgungspraktische Realität (Krankenhausversorgung rund um die Uhr) wichen eklatant voneinander ab – ein Problem, mit dem auch die Rechtsprechung überfordert sei. Eine diesbezügliche Neuordnung mit dem Ziel der Gleichbehandlung und unter Beachtung der durch die Rechtsprechung entwickelten Grenzen sei Aufgabe des Gesetzgebers. Dies gelte nach wie vor auch für alle anderen Schnittstellen der Leistungssektoren.

Fazit

Das Tagungsprogramm zeichnete sich durch einen gelungenen dramaturgischen Bogen aus, den die Veranstalter von den jüngsten legislativen Initiativen und deren grundsätzlicher verfassungsrechtlicher Betrachtung über die damit verbunden Chancen und Notwendigkeiten in der ambulanten und stationären Versorgung bis zur Auslotung der diesbezüglichen einfachgesetzlichen Zulässigkeitsgrenze und der schlussendlichen Bewertung der auftretenden Probleme durch das höchste Sozialgericht gespannt hatten. Mit der gezielten Problemdarstellung aus unterschiedlichen, z. T. gegensätzlichen Blickwinkeln (BMG und GBA, ambulant und stationär, Anwaltschaft und BSG) in den drei Tagungsblöcken konnte das vielschichtige und von einer Vielzahl unterschiedlicher, z. T. widerstreitender Positionen und Interessen belastete Problemfeld auf höchstem Niveau ausgeleuchtet werden. So hat der 5. Kölner Medizinrechtstag in einer Situation, in der umfassend akzeptierte Lösungen bislang nicht ersichtlich sind, mit seinen Impulsen und Argumenten zum dafür notwendigen sachlichen und zielführenden Diskurs beigetragen.