

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**18(14)0128(11.2)**  
gel. VB zur öAnhörung am 21.09.  
15\_HPG  
16.09.2015



# **Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 16.09.2015**

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE  
Hochwertige Palliativ– und Hospizversorgung  
als soziales Menschenrecht sichern  
vom 16.06.2015  
Drucksache 18/5202**

**GKV–Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288–0  
Fax 030 206288–88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE .....</b>	<b>3</b>
<b>Nr. 1 Rechtsanspruch auf Palliativversorgung .....</b>	<b>3</b>
<b>Nr. 2 Ausbau der Hospizversorgung .....</b>	<b>4</b>
<b>Nr. 3 Qualitative Verbesserung der Palliativversorgung und Sterbebegleitung in     Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern .....</b>	<b>6</b>
<b>Nr. 4 Erarbeitung einer Nationalen Palliativstrategie.....</b>	<b>8</b>

## I. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

Beabsichtigte Neuregelung:

### Nr. 1 Rechtsanspruch auf Palliativversorgung

- a) *Der Anspruch auf allgemeine, allgemeine ambulante sowie spezialisierte ambulante Palliativversorgung sollen als Bestandteil der Regelversorgung sowohl im SGB V als auch im SGB XI ausgestaltet werden (vgl. Forderung zu Punkt 1.; 1. Spiegelstrich).*

Bei den Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung handelt es sich um die sogenannten Leistungen der Regelversorgung. Dazu gehören u. a. die vertragsärztliche Versorgung, die häusliche Krankenpflege, die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Krankenhausversorgung. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) unterstützt das Anliegen, Palliativversorgung überall dort zu verwirklichen, wo Menschen sterben. Daher unterstützen wir die im vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) vorgesehene Ergänzung des § 27 Abs. 1 SGB V, wonach zur Krankenbehandlung auch die palliative Versorgung der Versicherten gehört. Dadurch wird klargestellt, dass die Palliativversorgung integraler Bestandteil der in § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V genannten Leistungen ist und die Krankenbehandlung nicht nur kurativ, sondern auch palliativ ausgerichtet ist. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ist bereits durch eine eigene Rechtsvorschrift hinreichend gesetzlich definiert. Auch im Bereich des SGB XI ist im Rahmen des Gesetzentwurfes zum HPG eine Ergänzung des § 28 SGB XI vorgesehen, wonach Sterbebegleitungen insoweit Bestandteil von Pflegeleistungen sind. Im Ergebnis ist aus den vorgenannten Erwägungen kein weitergehender Änderungsbedarf erforderlich.

- b) *Im Antrag wird gefordert, die Ungleichbehandlung von Pflegeheimbewohnern bezüglich des Anspruchs auf eine Betreuung im stationären Hospiz aufzuheben (vgl. Forderung zu Punkt 1; 2. Spiegelstrich).*

Die gemeinsam mit den für die Wahrnehmung der Interessen stationärer Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen geschlossene Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 14.04.2010, sieht unter § 2 Abs. 3 vor, dass die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung grundsätzlich nicht bei Patientinnen und Patienten vorliegt, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Hintergrund dieser Regelung ist, dass es die originäre Aufgabe einer stationären Pflegeeinrichtung ist, auch sterbende

Menschen adäquat zu versorgen. Um dies auch bei besonders komplexen Symptomgeschehen gewährleisten zu können, besteht der Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) auch in stationären Pflegeeinrichtungen. Vor diesem Hintergrund wird nur in Ausnahmefällen eine Verlegung eines Pflegeheimbewohners/einer Pflegeheimbewohnerin in ein stationäres Hospiz erforderlich sein und ist nach den aktuellen Regelungen möglich.

- c) *Im Rahmen des Begriffs der Pflegebedürftigkeit soll sichergestellt werden, dass erweiterte Angebote der Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen nicht zu weiter steigenden Eigenanteilen führen (vgl. Forderung zu Punkt 1; 3. Spiegelstrich)*

Das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) setzt die einrichtungsinternen Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen fest. Palliativ- und Sterbebegleitung ist fachlich Bestandteil der pflegerischen Leistung und ist entsprechend in den Vergütungen für die Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Daher ist durch die Neuregelung des PSG II die Befürchtung ausgeräumt, dass die Eigenanteile durch die Erweiterung der Angebote für Sterbebegleitung steigen werden. Bei entsprechendem Ausbau dieser Angebote und entsprechenden Nachweisen gegenüber den Pflegekassen wird dieser Ausbau des Angebots auch durch Vergütungssteigerungen berücksichtigt.

- d) *Es soll ein Rechtsanspruch auf individuelle palliative Versorgungsplanung unabhängig von der Wohnform eingeführt werden (vgl. Forderung zu Punkt 1., 5. Spiegelstrich).*

Der Gesetzentwurf zum HPG sieht sowohl durch den geplanten § 39b SGB V (Hospiz- und Palliativberatung) als auch durch den geplanten § 132g SGB V Leistungen zur verbesserten Beratung und Unterstützung sowie zur gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase bei Palliativpatienten vor. Die Begrenzung des expliziten Anspruchs auf gesundheitliche Versorgungsplanung auf Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist sachgerecht. Da derzeit noch keine hinreichenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesem neuen Instrument vorliegen, wird es als notwendig erachtet, die Umsetzung dieser neuen Leistung begleitend zu evaluieren.

## **Nr. 2 Ausbau der Hospizversorgung**

- a) *Im Antrag wird eine bedarfsdeckende Finanzierung der Hospizleistungen, einschließlich einer Vollfinanzierung stationärer Hospize gefordert (vgl. Forderung zu Punkt 2, 1. Spiegelstrich).*

Hospize leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten sowie deren Angehörigen. Sowohl bei der GKV als auch bei den maßgeblichen Hospizorganisationen stand bei der Ausgestaltung der gesetzlichen und rahmenvertraglichen Regelungen stets im Vordergrund, Impulse für eine bedarfsgerechte Strukturentwicklung zu geben, ohne das Element der bürgerschaftlichen Verankerung der Hospizbewegung zu gefährden. Daher sehen die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen auch keine Vollfinanzierung stationärer Hospize vor, um die bürgerschaftliche Verankerung der stationären Hospize nicht zu gefährden. Durch den vorliegenden Entwurf zum HPG ist eine Anhebung der Zuschussung durch die GKV bei stationären Hospizleistungen auf 95 % der zuschussfähigen Kosten geplant.

- b) *Es wird eine Sachkostenfinanzierung für ambulante Hospizleistungen in Höhe von mindestens 25 % der erbrachten Betreuungsleistungen gefordert (vgl. die Forderung zu Punkt 2; 2. Spiegelstrich).*

Eine Sachkostenförderung wird durch den Gesetzentwurf zum HPG bereits vorgesehen. Die konkrete Umsetzung sollte dabei den Rahmenvereinbarungspartnern überlassen sein.

- c) *Der Antrag sieht eine verpflichtende eigenständige Rahmenvereinbarung für Kinderhospize vor (vgl. Forderung zu Punkt 2; 3. Spiegelstrich).*

An die Versorgung von lebenslimitierend erkrankten bzw. sterbenden Kindern und Jugendlichen sind besondere Anforderungen zu stellen. So kann die Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen aufgrund der besonderen Krankheitsbilder länger erforderlich sein als bei Erwachsenen oder wiederholte Hospizaufenthalte erfordern. Zudem werden an Kinderhospize auch im Hinblick auf die altersspezifische Versorgung besondere Anforderungen gestellt. Diese besonderen Aspekte werden bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den beiden Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 14.04.2010 sowie nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang ambulanter Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010 berücksichtigt. Bei der letzten Überarbeitung der vorgenannten Rahmenvereinbarungen bestand Konsens, keine eigenständige Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche zu schließen. Die Rahmenvereinbarungspartner werden nach Inkrafttreten des HPG erneut

zu bewerten haben, ob eine eigene Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche erforderlich ist.

### **Nr. 3 Qualitative Verbesserung der Palliativversorgung und Sterbebegleitung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern**

*Der Antrag sieht insbesondere vor, den G-BA zu beauftragen, Qualitäts- und Personalbemessungsstandards für Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen festzulegen, koordinierte ärztliche Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in Netzwerken mit anderen Ärzten, allgemeinen und Palliativ-Pflegediensten sowie Hospizdiensten konkret zu benennen, Palliativstationen in Krankenhäusern auszubauen und dauerhaft außerhalb der Fallpauschalen zu finanzieren sowie Palliativbeauftragte in Pflegeeinrichtungen einzuführen.*

- a) Zur Förderung der palliativmedizinischen Breitenversorgung im Krankenhaus ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine stationäre, dezentrale, palliativmedizinische Mitbehandlung im Rahmen eines „Palliativdienstes“ (fachärztliche Mitbetreuung im Auftrag der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes) sinnvoll. Die Vorgabe des Palliativdienstes ließe sich entweder durch eine Ergänzung der bestehenden Entgelte oder alternativ im Rahmen einer Qualitätsrichtlinie des G-BA durchsetzen und kontrollieren. Auch im Interesse einer bedarfsgerechteren Steuerung der Ressourcen ist eine Stärkung der palliativmedizinischen Breitenversorgung erforderlich. Die Einführung einer separaten Vergütung spezialisierter palliativmedizinischer Leistungen im Fallpauschalensystem hat zu einer deutlichen, teils auch Erlösorientierten Zunahme dieser Leistungen im Krankenhaus geführt. Insbesondere das Fehlen von Kriterien für die Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu diesen spezialisierten Versorgungsangeboten ist ein Problem. Nicht bei jeder Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten mit einer unheilbaren Erkrankung wird eine spezialisierte palliativmedizinische Behandlung notwendig sein. Vor diesem Hintergrund sollten patientenseitige Zuweisungskriterien für die spezialisierten palliativmedizinischen Leistungen vom G-BA definiert werden.

Für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen obliegt dem G-BA keine Kompetenz, Qualitäts- und Personalbemessungsstandards festzulegen. Qualität und Personalrichtwerte für stationäre Pflegeeinrichtungen sind ausschließliche Aufgabe der Vereinbarungspartner nach § 113 SGB XI. Unter diesen Akteuren werden und wurden solche Vereinbarungen getroffen. Im Übrigen sieht das geplante Pflegestärkungsgesetz II vor, dass die Vereinbarungspartner in der Pflege Personalbemessungsstandards festzulegen haben. In

dieser Form werden sicherlich auch die Personalaufgaben für Palliativ- und Hospizversorgung vereinbart.

- b) Im Rahmen der Krankenhausbehandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen wird eine multiprofessionelle und interdisziplinäre palliativmedizinische Behandlung häufig auf eigenständigen Palliativstationen erbracht. Diese spezialisierte Palliativversorgung hat in den letzten Jahren ein starkes Wachstum erfahren und die Anzahl der Krankenhäuser mit spezialisierten palliativmedizinischen Angeboten ist flächendeckend angestiegen. Heterogener ist die Versorgungslage im Bereich der palliativmedizinischen Breitenversorgung. Zwar gibt es auch hier einen gestiegenen Versorgungsbedarf, ein entsprechender flächendeckender Anstieg ist aber nicht vorzufinden. Der Fokus der Weiterentwicklung sollte im Krankenhaus aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes – anders als in dem Antrag gefordert – daher auf einer Stärkung der palliativmedizinischen Breitenversorgung liegen. Dies erfordert in erster Linie eine entsprechende Organisationsentwicklung an Krankenhäusern, die sicherstellt, dass die Perspektive der Palliativversorgung rechtzeitig in die weitere Versorgungsplanung mit betroffenen Patientinnen und Patienten – auf Wunsch unter Beteiligung der Angehörigen – einfließt.
- c) Mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen bedarfsgerechten Versorgung im Krankenhaus muss der Fokus auf die Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung der Finanzierungssystematik gelegt werden. Die Finanzierung der palliativmedizinischen Leistungen erfolgt derzeit entweder im Rahmen des Fallpauschalensystems über bundesweit einheitliche Zusatzentgelte oder krankenhausespezifisch im Rahmen von sog. Besonderen Einrichtungen über tagesgleiche Pflegesätze. Mit der Finanzierung über das Fallpauschalensystem werden über Struktur- und Leistungsanforderungen direkte Anreize für eine qualitativ gute palliativmedizinische Versorgung gesetzt. Im Bereich der Besonderen Einrichtungen existieren hingegen keine bundeseinheitlichen Qualitätsanforderungen. Der Forderung, dauerhaft Palliativstationen oder Palliativeinheiten krankenhausespezifisch als besondere Einrichtung außerhalb der Fallpauschalen zu finanzieren, widerspricht der GKV-Spitzenverband. Statt diese intransparenten Ausnahmemöglichkeiten zu stärken, sollte vor diesem Hintergrund gemeinsam an einer weiteren Verbesserung der Abbildung der Palliativmedizin im Fallpauschalensystem gearbeitet werden. Dadurch können über Strukturanforderungen Qualitätsstandards sowohl in der spezialisierten als auch in der palliativmedizinischen Breitenversorgung gesetzt werden.
- d) Die Einrichtung eines Palliativbeauftragten in stationären Pflegeeinrichtungen wird abgelehnt. Ungeachtet der Finanzierung der zuständigen Stelle steht dem auch inhaltlichen

gegen, dass nicht nur eine Person mit den komplexen Anforderungen der Palliativ- und Hospizversorgung befasst sein darf, sondern das gesamte Team der Einrichtung. Nur in dieser Art kann sichergestellt werden, dass die Verantwortung nicht nur an eine Person delegiert wird.

#### **Nr. 4 Erarbeitung einer Nationalen Palliativstrategie**

*Der Antrag sieht vor, dass die Bundesregierung gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren der Selbstverwaltung, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Sozialverbänden und Gewerkschaften sowie Betroffeneninitiativen, mit kommunalen Akteuren und Wissenschaftlern eine nationale Palliativstrategie erarbeitet (vgl. Forderung zu Punkt 4), sowie das Informations- und Beratungsangebot ausgebaut (vgl. Forderung zu Punkt 5) werden soll.*

Die im Jahr 2010 geschlossene Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen wird bis zum Jahr 2016 zu einer Nationalen Strategie weiterentwickelt. Die im Antrag genannten Einzelpunkte sind in diesem sogenannten Charta-Prozess Inhalt der Beratungen. An diesen Beratungen nehmen zahlreiche Institutionen sowie Experten aus dem Gesundheitswesen sowie dem Hospiz- und Palliativbereich teil, so dass der Prozess bereits eine breite gesellschaftliche Verankerung hat.