

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)311(25)**  
gel ESV zur öffent Anh am  
12.04.2021 - GVWG  
09.04.2021

**Johannes Bauernfeind**

Presselstraße 19  
70191 Stuttgart

Telefon +49 711 2593-110

Telefax +49 711 2593-580

E-Mail: Johannes.Bauernfeind@bw.aok.de

Herrn  
Erwin Rüdell, MdB  
Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

## SCHRIFTLICHE STELLUNGNAHME

des Einzelsachverständigen

Herrn Johannes Bauernfeind,  
Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg,

zum

### **Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)**

BT-Drucksache 19/26822

anlässlich der

öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages  
am 12. April 2021 in Berlin.

Stuttgart, 8. April 2021

## **I. Allgemeine Bewertung**

Der Entwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)“ enthält eine Vielzahl an vorgesehenen Änderungen. Es würde den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen, all diese Änderungen zu kommentieren. Vielmehr liegt der Schwerpunkt dieser Stellungnahme auf den beiden Aspekten „*Steigerung der Qualität und Transparenz*“ und „*Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung*“.

Die Bestrebungen der Bundesregierung, die Leistungsfähigkeit der GKV zu erhalten und die Versorgung zielgerichtet weiterzuentwickeln, um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen, sind zu begrüßen und zu unterstützen. Ein Großteil der verschiedenen Maßnahmen des Gesetzentwurfs geht dabei in die richtige Richtung. Die in der Allgemeinen Begründung u. a. explizit genannten Ziele „*Steigerung der Qualität und Transparenz*“ sowie „*Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung*“ werden ausdrücklich unterstützt. Darüber hinaus könnten weitere – noch nicht im Gesetzentwurf enthaltene – Maßnahmen einen zusätzlichen Beitrag zur noch besseren Versorgung insbesondere von schwerstkranken Menschen leisten. Entsprechende Vorschläge werden am Ende der Stellungnahme angeführt.

## **II. Maßnahmen zur Steigerung von Qualität und Transparenz**

### **II. 1 Vorbemerkung zur Zielsetzung „Steigerung von Qualität und Transparenz“**

Die Weiterführung der Qualitätsorientierung in den Krankenhäusern ist ebenso zu begrüßen wie die beabsichtigten Veränderungen bei den Mindestmengen und die vorgesehene Veröffentlichung der Daten der Qualitätssicherung bei den Einrichtungen der Vorsorge und der Rehabilitation. Etwas differenzierter fällt die Einschätzung in Bezug auf die geplanten Änderungen bei den Qualitätsverträgen aus:

Grundsätzlich begrüße ich eine Stärkung des Versorgungswettbewerbs und von Gestaltungsspielräumen der Vertragspartner ausdrücklich! Dies nicht zuletzt deshalb, weil die AOK Baden-Württemberg und ihre Partner etwa mit dem Hausarztvertrag und dem darauf aufbauenden Facharztprogramm in vielerlei Hinsicht sehr gute Erfahrungen gemacht haben. Um den Vertrags- und somit Versorgungswettbewerb auch im stationären Sektor sowie perspektivisch sektorenübergreifend zu stärken, sollten allerdings meiner Ansicht nach eher Anreize geschaffen und bürokratische Hürden beseitigt werden als mit Sanktionen gedroht werden.

## **II.2 Zu den Regelungen des Gesetzentwurfs im Einzelnen**

### **Artikel 1 Nr. 31, § 110a SGB V - Qualitätsverträge**

Die Neuregelung soll den Abschluss von Qualitätsverträgen stärken, weil seit Inkrafttreten der bisherigen Regelung nur wenige Qualitätsverträge geschlossen worden sind. Bei den Qualitätsverträgen handelt es sich um einen grundsätzlich sinnvollen Ansatz. Insofern ist eine Förderung zum Abschluss von Qualitätsverträgen zu begrüßen. Allerdings wird ein festgeschriebenes Ausgabenvolumen mit Sanktionen gegen Krankenkassen abgelehnt. Dies insbesondere deswegen, weil nach meiner Auffassung Qualitätsverträge hauptsächlich wegen der großen Hindernisse derzeit nur vereinzelt abgeschlossen werden. Die Bürokratiehürden sind enorm. Die bisherigen Regelungen sind sehr umfassend, sodass schon der Abschluss eines Vertrages zu einem sehr hohen Aufwand für alle Beteiligten führt. Der Abschluss von Qualitätsverträgen scheitert häufig auch daran, dass der Aufwand für Krankenhäuser und Krankenkassen für die Evaluation sehr hoch ist. Die damit verbundenen vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) verlangten manuellen Erfassungsaufwände stellen ein großes Hemmnis dar und schrecken Krankenhäuser von einer Beteiligung an Qualitätsverträgen ab. Daher sollten eher Verfahrensvereinfachungen zum Abschluss der Verträge erarbeitet werden, statt Krankenkassen mit Sanktionen – in Form der Abführung der nicht verausgabten Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – für die Weigerung zum Vertragsabschluss auf Seiten der Krankenhäuser zu bestrafen. Verpflichtende weitgehend automatisierte Datenläufe über einen Datenträgeraustausch (DTA) im Rahmen einer auf das unbedingt Notwendige beschränkte Evaluation würden hier schon deutliche Erleichterungen bringen und die Anzahl an abgeschlossenen Qualitätsverträgen vermutlich erhöhen können.

### **Artikel 1 Nr. 40, § 136a SGB V - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen**

Die Öffentlichkeit soll im Rahmen einer systematischen Berichterstattung allgemeinverständlich über einrichtungsbezogene Qualitätsvergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser informiert werden.

Die geplante Verzahnung aller zum Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten aus den bereits etablierten Richtlinien und Beschlüssen im Bereich der Qualitätssicherung mit dem Ziel, mehr Transparenz und weitere Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung zu erzielen, ist ausdrücklich zu begrüßen.

## **Artikel 1 Nr. 41, § 136b SGB V - Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus**

Zu a) Förderung von Qualitätsverträgen:

Da es sich bei Qualitätsverträgen um einen grundsätzlich sinnvollen Ansatz handelt, ist eine Förderung zum Abschluss von Qualitätsverträgen zu begrüßen. Die Festlegung neuer Leistungen oder Leistungsbereichen wird unterstützt.

Zu b) Konkretisierung bezüglich Mindestmengen:

Die Maßnahmen zur weiteren Konkretisierung von Mindestmengen werden begrüßt. Insbesondere der Wegfall des Ausnahmetatbestandes „unbillige Härten“ sowie die Verknüpfung mehrerer Mindestmengen wird positiv gesehen. Auch die vorgesehene Verknüpfung der Mindestmengen mit Struktur/ Prozessvorgaben ist zu begrüßen.

## **Artikel 1 Nr. 38, § 137 d SGB V - Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation**

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) wird berechtigt und verpflichtet, die Daten aus dem QS-Reha-Verfahren der GKV einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen, um Versicherten den Vergleich zwischen den Einrichtungen zu ermöglichen und ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert ausüben zu können. Zudem soll auch Angehörigen und Ärzten bzw. Ärztinnen eine Transparenz über das Versorgungsgeschehen ermöglicht werden. Dabei kann der GKV-SV auch vergleichend über Einrichtungen berichten und Empfehlungen aussprechen.

Die vorgeschlagene Regelung wird begrüßt, da diese zu einer höheren Transparenz des Versorgungsgeschehens beitragen wird. Über die vorgesehenen Inhalte hinaus sollten folgende weitere strukturelle Anpassungen geregelt werden:

- Schaffung von Transparenz über im individuellen Fall angegebene Therapiemaßnahmen via Datenträgeraustausch.
- Vereinheitlichung der QS-Verfahren von GKV und Deutscher Rentenversicherung (DRV), um dadurch einerseits Aufwände zu reduzieren und andererseits die Vergleichbarkeit zu erhöhen.

### **III. Stärkung von Hospiz- und Palliativversorgung**

#### **III.1 Vorbemerkung zu Zielsetzung „Stärkung von Hospiz- und Palliativversorgung“**

Wesentliche Impulse zur Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken bzw. Vernetzung regionaler Akteure erfolgten mit dem gesetzlichen Anspruch auf eine Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Jahr 2007 sowie insbesondere durch das im Dezember 2015 in Kraft getretene Hospiz- und Palliativgesetz. Das Hospiz- und Palliativgesetz enthält vielfältige Maßnahmen, die die medizinische, pflegerische, psychologische und seelsorgerische Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase verbessern und einen flächendeckenden Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung fördern. Mit diesem Gesetz wurde die Palliativversorgung ausdrücklich Bestandteil der Regelversorgung in der GKV. Außerdem wurde – neben vielen weiteren Maßnahmen – die Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gestärkt. Pflegeheime müssen Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten abschließen. Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Außerdem wurden Pflegeheime zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet. Darüber hinaus können Pflegeheime sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten. Dieses besondere Beratungsangebot wird ebenfalls von den Krankenkassen finanziert (§ 132g SGB V).

Die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung ist ein äußerst wichtiges Anliegen! Die angemessene Versorgung, Beratung und Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten erfordert in besonderem Maße die Zusammenarbeit unterschiedlicher palliativmedizinischer und -pflegerischer Leistungserbringer unter Einbezug von Ehrenamtsstrukturen. Es ist ein ethisches Gebot, dass schwerstkranke Menschen in ihrer letzten Lebensphase optimal versorgt und auch umfassend begleitet werden. Für die betroffenen Familien ist es entscheidend, dass die Angebote rund um die Familie klar koordiniert und abgestimmt sind.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dass der Bedarf nach Unterstützungsangeboten in betroffenen Familien groß ist, zeigt auch das vom Innovationsfonds geförderte Projekt Familien-SCOUT (Sektoren- und phasenübergreifende Unterstützung für Familien mit krebserkranktem Elternteil) in Nordrhein-Westfalen. Die Familien-SCOUTs schließen eine Lücke und unterstützen die in diesen belastenden Situationen oft überforderten Familien mit Gesprächen und dem Zugang zu Unterstützung.

## **III.2 Zu den Regelungen des Gesetzentwurfs im Einzelnen**

### **Artikel 1 Nr. 12, § 39a SGB V - Stationäre und ambulante Hospizleistungen**

Um den besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden, soll es künftig eine eigenständige Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Kinderhospizdienste geben.

Eine solche Rahmenvereinbarung für ambulante Kinderhospizarbeit wird von mir vollumfänglich befürwortet.

### **Artikel 1 Nr. 13, § 39d SGB V - Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zukünftig in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator gefördert wird. Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen.

Grundsätzlich sind solche Netzwerkansätze zu begrüßen. Allerdings ist zu hinterfragen, welcher „Mehrwert“ für die regionalen Akteure durch die Schaffung flächendeckender Koordinierungsstellen geschaffen wird, da es vergleichbare Netzwerke – etwa in Form von Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz, Palliativnetzwerken, Pflegestützpunkten, Demenznetzwerken, Runden Tischen etc. - häufig schon gibt. Von dem Aufbau von Doppelstrukturen wird abgeraten.

Sollte an der gesetzgeberischen Intention festgehalten werden, sollte sich die Förderung der Koordinatorinnen und Koordinatoren insbesondere an den regionalen bzw. überregionalen Bedarfen orientieren. Anstatt neue zusätzliche Strukturen aufzubauen, sollten gezielt bereits bestehende Strukturen gestärkt werden. Darüber hinaus sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass nicht das gerade für die Hospiz- und Palliativversorgung so typische und auch wichtige ehrenamtliche Engagement durch das Hauptamt zurückgedrängt und geschwächt wird. In Regionen, in denen etablierte vernetzte und bestehende Versorgungsstrukturen vorzufinden sind, ist die Notwendigkeit eines Netzwerkkoordinators nicht zwingend erforderlich. Die gesetzliche Regelung sollte daher vorsehen, dass die Förderung eines Koordinators bzw. einer Koordinatorin abhängig von den Bedarfen an Netzwerkkoordination vor Ort erfolgt. Insofern wird angeregt, aus der vorgesehenen Verpflichtung eine „Kann-Regelung“ zu machen („Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die Koordination in Hospiz- und

Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator fördern“). Darüber hinaus sollten die *privaten Krankenversicherer* verpflichtend an der Förderung beteiligt werden.

### **III.3 Vorschläge zur weiteren Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung**

Die Hospiz- und Palliativversorgung erfolgt in Deutschland auf hohem Niveau. Auf die Fortschritte durch die Einführung der SAPV und der zahlreichen Maßnahmen als Folge des Hospiz- und Palliativgesetzes wurde bereits verwiesen. Dessen ungeachtet gibt es noch immer Lücken, die *ohne den Einsatz zusätzlicher Finanzmittel* geschlossen werden können und auch geschlossen werden sollten.

Von entscheidender Bedeutung ist dabei die Organisation der *Übergänge* von den einzelnen Sektoren der Versorgung, da hier häufig sowohl der Informationsfluss und die Behandlungskontinuität beeinträchtigt werden als auch das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in das beteiligte Gesundheitspersonal leidet. Wissenschaftliche Daten zeigen, dass die Mehrzahl der palliativmedizinisch versorgten Menschen „mittlere oder starke Probleme mit der Organisation der Versorgung“ haben. Gelingende Übergänge tragen zu Versorgungskontinuität, Handlungssicherheit und Gewissheit über den Krankheitsverlauf bei allen Beteiligten bei.<sup>2</sup>

#### **Vorschlag 1: (Noch) Bessere Begleitung schwerstkranker Menschen**

Der Leistungskatalog des SGB V sieht bereits heute zahlreiche Leistungen für die Versorgung schwerstkranker Menschen vor. So leisten beispielsweise die SAPV nach § 37b SGB V oder die erst vor kurzem eingeführte „Außerklinische Intensivpflege“ (§ 37c SGB V) wertvolle Beiträge zur Sicherstellung einer adäquaten Versorgung von schwerstkranken Versicherten auch im ambulanten Bereich.

Darüber hinaus gibt es weitere Leistungsansprüche wie etwa den Leistungsanspruch des § 132g SGB V (Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase). Dieser ist allerdings derzeit Versicherten vorbehalten, die in zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe wohnen. *Diese zweifellos sinnvolle Leistung sollte jedoch auch Menschen, die nicht in Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe wohnen, zustehen.* Diese Leistung am Wohnort „stationär“ festzumachen, ist nicht begründbar. Es könnten überprüfbare medizinische Indikatoren

---

<sup>2</sup> Ates, G. Jaspers, B., Peuten, S., Schneider, W., Radbruch, L., Palliativversorgung. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mosert, C. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2021. 171 – 183.

festgelegt werden, die darüber Aufschluss bringen, in welchen Fällen diese Leistung erbracht werden kann. Außerdem sollte der derzeit bestehende Leistungsanspruch „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ um den Aspekt der *Begleitung* (während der letzten Lebensphase) ergänzt werden.

Die gegenwärtig bestehenden Regelungen zur Versorgung palliativer Patientinnen und Patienten halten wir nicht für ausreichend. Ein Entlassmanagement, welches nur dazu dient, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen und Entlassungen zu organisieren, gewährleistet keine Nachhaltigkeit. Die im SGB V und in der SAPV formulierten Leistung zur Überwachung der Schmerztherapie und Symptomkontrolle greifen zu kurz. Die Reduktion auf Schmerzen und Symptomkontrolle greift existentielle Ängste und Nöte der Patientinnen und Patienten nicht auf und reduziert das Krankheitsgeschehen auf einen Teilaspekt.

Einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung schwerstkranker Menschen leistet die in einigen Regionen – insbesondere in Baden-Württemberg – schon seit den 1990er Jahren etablierte „*Brückenpflege*“. Durch die an den Onkologischen Zentren und Schwerpunkten angesiedelte „*Brückenpflege*“ können schwerstkranke Patienten beim Übergang von der stationären in die häusliche Versorgung durch professionelle Fachkräfte individuell betreut und versorgt werden. Dadurch können lange Krankenhausaufenthalte am Lebensende vermieden und der Wunsch vieler Menschen zu Hause zu sterben erfüllt werden. Die *Brückenpflegekräfte* sind Palliative Care Fachpflegekräfte, also Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger mit dreijähriger Ausbildung und mit der Zusatzausbildung Palliative Care.

Zu den wesentlichen *Zielen* der „*Brückenpflege*“ gehört der frühzeitige Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich, eine nachhaltige, stabile Versorgungssituation palliativer onkologischer Patientinnen und Patienten in ihrem häuslichen Umfeld, die Sicherheit und Stabilität der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen, der Erhalt der Lebensqualität der Betroffenen in der Häuslichkeit, aber auch die Gesunderhaltung von pflegenden Angehörigen durch professionelle Begleitung und Unterstützung in einer sehr belastender Situation.

Zu den *Leistungen* der „*Brückenpflege*“ gehört die Überleitung aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit mit anschließender psycho-sozialer Begleitung, die Organisation der häuslichen Versorgung, eine kontinuierliche Beratung, die Symptomkontrolle und -linderung, die Einbeziehung der weitergehenden ambulanten Dienste der SAPV sowie die qualifizierte individuelle Sterbebegleitung durch sinnvolle und leitliniengerechte Maßnahmen am Lebensende.



**Durch eine Änderung des § 132g SGB V in Bezug auf eine Unabhängigkeit vom Wohnort der schwerstkranken Patientin bzw. des Patienten sowie eine Erweiterung des Leistungsanspruchs um den beschriebenen Aspekt der Begleitung während der letzten Lebensphase, kann die Situation sowohl der Betroffenen als auch von deren Angehörigen wesentlich verbessert und somit eine Lücke in der Versorgung schwerstkranker Menschen geschlossen werden. Entsprechend müsste auch der Kreis der potenziellen Vertragspartner um entsprechend geeignete Krankenhäuser und ggf. weitere qualifizierte Anbieter erweitert werden,**

Meiner Überzeugung nach fallen für diese Leistungsverbesserung *keine zusätzlichen Ausgaben* an. Im Gegenteil: Durch die enge Begleitung der ambulant lebenden schwerstkranken Patientinnen und Patienten können (wiederkehrende) Krankenhausaufenthalte („Drehtüreffekt“) vermieden werden. Der für die Begleitung der Patientinnen und Patienten entstehende finanzielle Aufwand ist geringer als die Kosten im Falle von (weiteren) Krankenhausaufenthalten. Dies zeigen sowohl die Erfahrungen in Baden-Württemberg als auch aus Westfalen-Lippe, wo es vor einigen Jahren eine entsprechende Evaluation gab.

### **Vorschlag 2: Beachtung der Wechselwirkung von ambulanter Hospiz- und Palliativversorgung und Sterbeort/Regionalkomponente im Risikostrukturausgleich**

Die meisten Menschen möchten ihre letzte Lebensphase in ihrer gewohnten Häuslichkeit verbringen: Bei einer Befragung der Bertelsmann-Stiftung gaben mehr als drei von vier Menschen (76 Prozent) an, zu Hause sterben zu wollen. Jedoch ist nur jedem fünften Mensch dieser Wunsch auch vergönnt (20 Prozent). Fast niemand gab bei dieser Befragung an, im Krankenhaus sterben zu wollen (6 Prozent). Tatsächlich stirbt dort aber fast jeder zweite Mensch (46 Prozent).<sup>3</sup>

In Baden-Württemberg sterben gemäß der Bertelsmann-Stiftung bei den über 65-jährigen deutlich weniger Menschen im Krankenhaus als in den anderen Bundesländern. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern betragen bis zu 20 Prozent! In den Stadtstaaten Hamburg und Berlin stirbt jeder zweite Mensch – zumeist gegen seinen Willen – in einem Krankenhaus. Der unterschiedlich hohe Anteil der in Krankenhäusern Verstorbenen ist (auch) die Folge unterschiedlich ausgeprägter Angebote von Krankenhausbetrieben einerseits und ambulanter Hospiz- und Palliativversorgung andererseits.

---

<sup>3</sup> Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Gesundheit 2015.

In einer im Jahr 2015 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Studie von Burkhard Dasch (Universitätsklinikum Münster) und Anderen wird hierzu Folgendes ausgeführt:<sup>4</sup>

*„Ist die Zahl von Krankenhausbetten eher gering, wie in den ausgewählten ländlichen Regionen zu beobachten, so steigt die Wahrscheinlichkeit im häuslichen Umfeld zu sterben. Nimmt das Angebot an Dauerpflege-, Hospiz- oder Palliativstationenbetten zu, so wird dieses auch in zunehmendem Maße in Anspruch genommen.“*

Entsprechend variieren auch die Sterbekosten, weil die Kosten im stationären Sektor höher als im ambulanten sind. Gleichzeitig gibt es massive finanzielle Fehlanreize: Ausgerechnet die Regionen, die ihren Bürgerinnen und Bürger deren Wunsch, in ihrem heimischen Umfeld zu versterben, ermöglichen, werden hierfür durch die Variable „Sterbekosten“ bei der Regionalkomponente im Risikostrukturausgleich (RSA) finanziell benachteiligt!

**Es soll an dieser Stelle nicht (erneut) das Für und Wider einer Regionalkomponente im Allgemeinen und auch nicht die Sinnhaftigkeit der Einbeziehung der Variable „Sterbekosten“ im engeren Sinne diskutiert werden.** Der Gesetzgeber hat sich im Rahmen des „Fairer Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)“ sowohl für eine Regionalkomponente als auch für die Berücksichtigung der Variable „Sterbekosten“ entschieden. Auch wenn sich der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) intensiv mit der Frage von Angebotsinduzierung befasst hat, so bleibt doch festzuhalten, dass es sinnvoll und notwendig ist, die direkte und indirekte Wirkung von Angebotsvariablen im Rahmen der Regionalkomponente systematisch und umfassend wissenschaftlich zu untersuchen.

Nicht ohne Grund hat sich der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-FKG für eine Evaluation der Regionalkomponente und für eine zumindest temporäre Begrenzung ihrer Wirkung entschieden:

Im durch das GKV-FKG neu angefügten § 266 Absatz 12 SGB V wird geregelt, dass die finanziellen Be- und Entlastungen durch die Einführung der Regionalkomponente in einer Übergangsphase begrenzt werden. Die finanziellen Auswirkungen der Regionalkomponente sind im ersten Jahr, also im Jahr 2021 auf 75 Prozent zu begrenzen.

Nach wie vor ist die These der AOK Baden-Württemberg, wonach es einen signifikanten Einfluss ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen auf die Höhe der

---

<sup>4</sup> Dasch, B., Blum, K., Gude, P., Bausewein, C. (2015): Place of death: trends over the course of a decade - a population-based study of death certificates from the years 2001 and 2011. In: Deutsches Ärzteblatt International 2015; 112: 496–504.

Sterbekosten gibt, nicht widerlegt.<sup>5</sup> Unterschiedliche Einschätzungen gibt es lediglich in Bezug darauf, wie stark die Wirkung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung auf die Sterbekosten tatsächlich ist. Aufgrund der wichtigen Bedeutung dieser Frage ist es daher notwendig, dem Wissenschaftlichen Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) einen konkreten Untersuchungsauftrag im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Begutachtung im Jahr 2023 zu erteilen.

Da bis zur Prüfung dieser Fragen durch den Wissenschaftlichen Beirat des BAS im Jahr 2023 die Erkenntnislage äußerst dünn und ungesichert bleibt, sollte die derzeit bestehende Begrenzung der Wirkung der Regionalkomponente auf 75 Prozent keinesfalls bereits im Jahr 2022 wieder aufgehoben werden.

Durch die Anerkennung des Wunsches der/des Versicherten für den Ort des Lebensendes durch eine qualitativ hochwertige, vor allem ambulante Palliativ- und Hospizversorgung, darf keine Region finanziell benachteiligt werden. Effizienzvorteile sollten in den Regionen verbleiben, in denen sie erwirtschaftet wurden. Erst recht gilt dies, wenn die Effizienzvorteile mit den Versorgungspräferenzen der Menschen korrelieren.

**Um nichtintendierte Folgen auf das Ausmaß der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung zu vermeiden, sollte daher durch eine Änderung von § 266 Abs. 12 SGB V die Begrenzung der Wirkung der Regionalkomponente auf 75 Prozent bis mindestens zum Vorliegen der Evaluation des Wissenschaftlichen Beirats verlängert werden.**

---

<sup>5</sup> Analysen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamts und der RSA-Festlegungen 2021 zeigen einen klaren Zusammenhang zwischen den durchschnittlichen Sterbekosten eines Kreises und dem Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen (über 65 Jahre). Folglich sind die durchschnittlichen Sterbekosten in den Kreisen höher, in denen ein hoher Anteil der über 65-Jährigen im Krankenhaus verstirbt. Auf der Ebene der Bundesländer ist ein Zusammenhang zwischen der Anzahl ambulant tätiger Palliativmediziner und dem Anteil der im Krankenhaus verstorbenen Menschen über 65 nachweisbar. Auf der Ebene der Stadt- und Landkreise hat zudem auch die Anzahl ambulanter Hospizdienste einen klaren Einfluss auf den Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen (zu beidem siehe Bertelsmann Stiftung, Faktencheck Palliativversorgung 2015).