



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

Stellungnahme

**zum Referentenentwurf eines
Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und
Palliativversorgung in Deutschland
(Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)**

Berlin, 7. April 2015

CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 270.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

IHRE ANSPRECHPARTNER

Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin KKVD

Pastor Nobert Groß, Verbandsdirektor DEKV

KONTAKTADRESSE

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.

Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

Telefon +49 (30) 801986-0, Fax +49 (30) 801986-22

Mail: info@dekv.de, Web: www.dekv.de

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD)

Haus der Deutschen Caritas | Reinhardtstraße 13 | 10117 Berlin

Telefon +49 (0)30/28444-730, Fax +49 (0)30/28444-733

Mail: kkvd@caritas.de, Web: www.kkvd.de

FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 640 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

Vorbemerkung

Die beiden christlichen Krankenhausverbände, der Deutsche Evangelische Krankenhausverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands, unterstützen die Gesetzesinitiative zur gezielten Förderung und Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, insbesondere in den ländlichen Regionen, nachdrücklich.

Eine den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende Verbesserung der Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase kann gelingen, wenn Kontinuität in der Versorgung, flächendeckend in allen Versorgungsbereichen verfügbare fachliche Kompetenz, Verlässlichkeit, Verfügbarkeit und Transparenz der Versorgungsstrukturen erreicht werden. Eine wichtige Rolle im Zusammenspiel des Versorgungsnetzwerkes vor Ort spielt dabei das Krankenhaus.

Der vorliegende Gesetzentwurf fokussiert sehr stark auf die Bereiche der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie dem Ausbau von hospizlichen Versorgungsleistungen im außerklinischen Bereich. Die vor allem in der palliativmedizinischen Versorgung sehr wichtige Nahtstelle zwischen Versorgung im Krankenhaus und der ambulanten Versorgung wird jedoch nicht beleuchtet.

Die Betreuung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten ist im Alltag konfessioneller Krankenhäuser besonders stark verankert. **Bundesweit gibt es zurzeit in ca. 300 Krankenhäusern Palliativstationen. Davon befinden sich rund 48 Prozent in katholischer oder evangelischer Trägerschaft.** Die christlichen Krankenhäuser bilden somit einen festen und verlässlichen Bestandteil in der stationären Palliativversorgung.

Daher begrüßen die beiden christlichen Krankenhausverbände ausdrücklich die neue Regelung, die den Krankenhäusern die Entscheidungshoheit gibt, Palliativstationen als „Besondere Einrichtungen“ auszuweisen und ihre Finanzierung durch entsprechende krankenhausespezifische Entgelte sicherzustellen. Dafür haben sich KKVD und DEKV intensiv eingesetzt.

Rund 47 % aller Menschen in Deutschland sterben nach wie vor in einem Krankenhaus. Im Jahr 2013 waren dies ca. 417.000 Menschen. Nur ein Teil dieser Patienten erfährt dabei – sofern palliativer Versorgungsbedarf besteht – eine palliative Versorgung im Rahmen speziell dafür eingerichteter Strukturen, z.B. auf einer Palliativstation. Der viel größere Teil verstirbt auf Normalstationen ohne besondere palliative Versorgung, sowohl nach bereits längerem stationärem Aufenthalt als auch im Rahmen einer Behandlung nach notfallmäßiger Aufnahme. Dieser hohe statistische Wert legt den Krankenhausträgern eine große Verantwortung auf und stellt sie vor entsprechende Herausforderungen im Rahmen der Krankenhausorganisation.

Deswegen bedarf es weiterer gesetzgeberischer Impulse, um flächendeckend den Hospizgedanken in die allgemeine Krankenhausversorgung zu integrieren. Um allen Patienten und Angehörigen eine angemessene palliative Versorgung und Sterbebegleitung im Krankenhaus zu ermöglichen und eine flächendeckende, zwischen Krankenhaus und ambulantem Versorgungsbereich gut verzahnte palliativmedizinische und –pflegerische Versorgung der Bevölkerung, vor allem auch im ländlichen Bereich, zu gewährleisten, müssen den Krankenhäusern

im Interesse der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen entschlossener als im Gesetzentwurf bisher vorgesehen Möglichkeiten zur Vernetzung mit ambulanten Versorgungsstrukturen eröffnet werden.

Zur Beurteilung der Qualität eines Krankenhauses muss nach unserer Überzeugung die dort jeweils realisierte palliative Versorgung berücksichtigt werden. Das betrifft z. B. die Erfüllung von Qualitätsstandards guter palliativer Versorgung auf Grundlage eines palliativen Versorgungskonzepts, ausreichender palliativer Versorgungskapazität und -kompetenz sowie der Einhaltung definierter Qualitätsnormen.

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen nehmen wir nachfolgend zunächst zu Artikel 4 des Gesetzentwurfs – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) – Stellung und schließen daran Überlegungen zum weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf mit dem Ziel der Verbesserung der Palliativversorgung in Krankenhäusern und durch die Krankenhäuser an.

I. Zu ausgewählten Regelungen im Einzelnen

Artikel 4: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Neuregelung zu § 17b Absatz 1 Satz 15 KHG

Krankenhäuser mit Palliativstationen oder –einheiten erhalten durch die vorgesehene Regelung die Möglichkeit, zukünftig dauerhaft eigenständig zu entscheiden, ob sie die Palliativstationen oder -einheiten über bundesweit kalkulierte Entgelte oder über krankenhausesindividuelle, vor Ort zu vereinbarende Entgelte abrechnen wollen. Bei einer Nichteinigung über die Höhe der krankenhausesindividuellen Entgelte kann wie bisher die Schiedsstelle angerufen werden.

Die kirchlichen Krankenhausverbände DEKV und KKVD begrüßen diese Regelung. Sie gewährleistet den Krankenhäusern das alleinige Wahlrecht hinsichtlich der Finanzierungsform ihrer jeweiligen Versorgungskonzepte auf den Palliativstationen.

Die Anerkennung von Palliativstationen als „Besondere Einrichtungen“ wurde in den letzten Jahren durch die Verhandlungspraxis der Krankenkassen vor Ort zusehends erschwert. Bei den Budgetverhandlungen wurden die Kliniken stark unter Druck gesetzt, auch Palliativstationen in die Abrechnung über das Fallpauschalensystem zu drängen. Viele Krankenhäuser bewerten die DRG-Systematik mit ihren bekannten systemimmanenten Anreizen zur Verweildauerverkürzung und Normierung von Behandlungsleistungen in diesem sehr sensiblen und patientenindividuell zu gestaltenden Versorgungsbereich jedoch als deplatziert und versorgungspolitisch nicht zielführend.

Dank der vorgesehenen neuen Regelung werden die in dieser Streitfrage von den Krankenkassen bisher herbeigeführten Schlichtungsverfahren zukünftig unnötig. Den Krankenhäusern wird damit ermöglicht, die Versorgungsvielfalt im Rahmen der stationären Palliativmedizin auf Basis der existierenden unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten patientenzentriert zu gestalten.

Allerdings muss in beiden Abrechnungssystemen sichergestellt werden, dass die Entgelte ausreichend sind, um den notwendigen multiprofessionellen Personalbedarf einer spezialisierten Palliativversorgung finanziell abzudecken.

II. Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Basierend auf dem beschriebenen Erfahrungshintergrund aus der palliativmedizinischen Versorgungspraxis der christlichen Krankenhäuser ist es dem DEKV und dem KKVD ein großes Anliegen, dass das eingeleitete Gesetzesverfahren sowohl zu einer Stärkung der palliativen Versorgung im Krankenhaus generell, nicht nur in speziellen palliativen Versorgungsstrukturen, als auch zu einem möglichst flächendeckenden Auf- und Ausbau von patienten- und angehörigenzentrierten palliativen Versorgungsstrukturen führt. Dazu sollten folgende Vorschläge Eingang in die Gesetzesformulierung finden:

1) Integration palliativer Behandlungskonzepte in die stationäre Regelversorgung

Um schwerkranken und sterbenden Patienten individuell unterstützend zu begegnen, bedarf es der Etablierung ganzheitlicher End of Life Care-Konzepte im Klinikalltag und der Integration palliativer Behandlungskonzepte in die stationäre Regelversorgung, gerade auch auf Normalstationen, außerhalb spezieller Palliativstationen. Jeder lebensbedrohlich erkrankte Patient muss bereits in der Phase kurativer (z. B. Tumor-)Therapie die Option einer palliativen Betreuung erhalten.

International bewährt haben sich in diesem Zusammenhang **multiprofessionelle palliativmedizinische (Konsiliar-/Haus-) Dienste** mit starker Vernetzung in die ambulante Versorgung. Diese sogenannten Palliativ Care Teams können auch in Krankenhäusern ohne Palliativstation klinikweit und stationsungebunden zum Einsatz kommen. Dadurch wird auf jeder Station eine kompetente palliative Mitbehandlung und Begleitung ermöglicht, die das ganze Spektrum von Schmerztherapie, Symptomkontrolle sowie psycho-sozialer und spiritueller Begleitung abbildet.

Entsprechende Palliativ Care Teams wären ein wichtiger Baustein für den flächendeckenden Ausbau der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung im Krankenhaus. Es ist sicherzustellen, dass im DRG-System alle relevanten Kostenfaktoren für diese multiprofessionellen palliativmedizinischen Dienste abgebildet werden.

Um in jedem Krankenhaus ausreichende palliativmedizinische und –pflegerische Kompetenz, auch unabhängig von speziellen Palliativstationen, aufzubauen, ist eine darauf ausgerichtete berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung des notwendigen Personals erforderlich, da entsprechende Kompetenzen großenteils noch nicht im Rahmen der Ausbildung erworben wurden. Um die dafür erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen realisieren zu können, sollte der Gesetzentwurf ein spezifisches Förderprogramm mit bundesweit für die Krankenhäuser abrufbaren Finanzierungsmitteln vorsehen.

2) Sektorenübergreifende palliative Versorgung

2.1 Integration von Kliniken in palliative Versorgungsnetzwerke

Palliativmedizinische und –pflegerische Behandlungskompetenzen bündeln sich bisweilen überwiegend in den Krankenhäusern, insbesondere wenn spezielle Palliativstationen und -einheiten eingerichtet worden sind. Beim Übergang in die ambulante Weiterbehandlung kommt es dann oftmals zu einem Abbruch, insbesondere in der palliativ-medizinischen Versorgungsqualität, wenn vor Ort kein niedergelassener Arzt mit palliativmedizinischer Kompetenz zur Verfügung steht.

Die Vernetzung palliativer Versorgungsstrukturen in Kliniken und im ambulanten Bereich ist entsprechend zu erleichtern und zu fördern. Krankenhäuser sind regelhaft in palliative Versorgungsnetzwerke zu integrieren.

2.2 Palliativmedizinische Institutsambulanzen

Für Krankenhäuser mit ausgewiesener palliativmedizinischer und -pflegerischer Behandlungskompetenz sollte daher die Errichtung multiprofessionell besetzter **Palliativmedizinischer Institutsambulanzen (PMI)** gesetzlich ermöglicht werden, ausgestaltet und finanziert in Analogie zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V. Damit wäre es vor allem in (ländlichen) Regionen ohne ausreichende ambulante palliativmedizinische Versorgungsangebote möglich, die Nahtstelle zwischen stationär und ambulant zu überbrücken. So könnten die Patienten, falls erforderlich auch im häuslichen Umfeld, etwa in Form eines Home Treatments, ohne Verlust der Behandlungskontinuität weiter begleitet und versorgt werden.

2.3 Berücksichtigung palliativmedizinischer Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V

Den palliativmedizinischen Leistungen sollte in der **ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung** gemäß § 116b SGB V eine höhere Bedeutung zukommen. Bei der Festlegung des Umfangs der ambulant erbringbaren Leistungen im Rahmen der § 116 b SGB V-Regelungen durch den G-BA werden Krankenhäuser bisher bei ihren palliativmedizinischen Leistungserbringungsmöglichkeiten insbesondere in der Onkologie beschränkt. Gerade in diesem Rahmen aber sind zunehmend Patienten in fortgeschrittenen Stadien ihrer Erkrankung palliativ zu versorgen, denen die in den Krankenhäusern verfügbare palliative Behandlungskompetenz zu Gute kommen würde.

2.4 Ermöglichung von Modellvorhaben zum flächendeckenden Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung

Als Antriebsmechanismus zur Etablierung von sektorenübergreifenden und multiprofessionellen palliativen Versorgungsformen könnten **Modellvorhaben** ähnlich wie in der psychiatrischen Versorgung mit § 64 b SGB V finanziert und evaluiert werden.

