

**Palliativversorgung im Krankenhaus**  
**Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedi-**  
**zin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes (DHPV) zum**  
**Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Hospiz- und Palliativgesetz**  
**(HPG)**

Berlin, 02.09.2015

## **1. Einführung**

„Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen“. so sind die Leitsätze der Charta zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen überschrieben. Dieser Gedanke findet sich auch im zentralen Anliegen des vorliegenden Gesetzentwurfs zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) in Deutschland wieder, „in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.“ Dem entsprechend muss sich die Entwicklung der Palliativversorgung auch auf die Krankenhäuser in Deutschland beziehen und sich dort zukünftig vor allem auf den Ausbau einer allgemeinen Palliativversorgung konzentrieren. Die stationäre spezialisierte Palliativversorgung muss bedarfsgerecht sichergestellt und weiterentwickelt werden. Patienten haben auch im Krankenhaus das Recht auf einen verlässlichen, bedarfsgerechten und geregelten Zugang zur spezialisierten und allgemeinen Palliativversorgung.

## **2. Ausgangssituation und Problemlage**

In den letzten 30 Jahren wurde in den Krankenhäusern in Deutschland vorwiegend die spezialisierte Palliativversorgung strukturell und finanziell entwickelt. Dazu gehören Strukturen wie Palliativstationen (heute in ca. 300 von insgesamt fast 2000 Krankenhäusern) und multiprofessionelle Palliativdienste, die es ebenfalls nur in einzelnen Krankenhäusern gibt. Die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der breiten Basisversorgung im Krankenhaus entwickelte sich nur rudimentär. Nahezu 47 % aller sterbenden Menschen in Deutschland befinden sich beim Eintritt des Todes in Krankenhäusern (Quelle: Statistisches Bundesamt).<sup>1</sup> Nur ein Teil dieser Patienten benötigt eine spezialisierte palliative Versorgung, z. B. auf einer Palliativstation, die allermeisten Patienten

---

<sup>1</sup>Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) - Fachserie 12 Reihe 6.2.1 - 2013  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhäuser/aus2120621137004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhäuser/aus2120621137004.pdf?__blob=publicationFile): 417.290 Sterbefälle in KH von 894.825 insges. (rd. 46,7%)

werden auf den Allgemeinstationen im Krankenhaus betreut und versterben ggf. auch dort. Ein leistungsrechtlicher Anspruch auf Palliativversorgung jedoch lässt sich derzeit nur indirekt aus dem Vorliegen einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (§ 39 SGB V) ableiten und ist dort nicht spezifiziert. Die Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen und der Zugang zur Palliativversorgung im Krankenhaus bleibt in den meisten Fällen dem Zufall überlassen, da ein leistungsrechtlich relevanter Anspruch auf allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung, vergleichbar etwa dem Anspruch auf SAPV für ambulante Patienten, im Krankenhaus nicht besteht.

Im Gesetzentwurf des HPG bleibt die Palliativversorgung im Krankenhaus weitgehend unberücksichtigt. Die Möglichkeit einer veränderten Finanzierung von Palliativstationen als besondere Einrichtung außerhalb des DRG-Systems und die bei der Förderung ambulanter Hospizdienste zukünftig zu berücksichtigenden Begleitungen im Krankenhaus sind zu begrüßen, greifen aber insgesamt zu kurz. Ein wirksamer Effekt auf die grundsätzliche Verbesserung insbesondere der dringend notwendigen allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus ist damit nicht zu erwarten.

## **2. 1 Allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus**

Die **allgemeine Palliativversorgung** im Krankenhaus für die große Zahl schwerstkranker und sterbender Menschen, die außerhalb der Palliativstationen in den Fachabteilungen und Allgemeinstationen im Rahmen der Regelversorgung versorgt werden, ist derzeit weder gesondert finanziert noch durch eigenständige Qualitätsmerkmale gekennzeichnet und insofern in der Breite der Krankenhausversorgung bislang nicht gewährleistet. Insbesondere multiprofessionelle Palliativdienste können - neben ihrer Aufgabe, auf den Allgemeinstationen spezialisierte Palliativversorgung im Wege der Beratung und/oder Mitbehandlung zu leisten - ein wichtiger Katalysator für die Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus sein; dies erfordert aber eine entsprechende Aufgabenstellung, die explizit zugewiesen und in der Finanzierung entsprechend berücksichtigt wird. Im Rahmen der bisher möglichen finanziellen Ausstattung wie auch als Leistungserbringer der spezialisierten Palliativversorgung können sie eine solche Entwicklungsaufgabe nicht nebenbei nachhaltig sicherstellen. Im Vordergrund der Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus stehen Fragen der Qualifizierung, Fragen der Organisation, Zusammenarbeit und Abläufe innerhalb des Krankenhauses sowie die Vernetzung und Zusammenarbeit mit den verschiedenen Organisationen außerhalb des Krankenhauses, insbesondere auch in den regionalen Netzwerken.

## **2. 2 Spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus**

Die **stationäre spezialisierte Palliativversorgung in Krankenhäusern** erfolgt derzeit in ca. 15 % der Krankenhäuser durch Palliativstationen und/oder multiprofessionelle Palliativdienste, die es bislang ebenfalls nur in einzelnen Krankenhäusern gibt. Die Finanzierung von Leistungen der spezialisierten Palliativversorgung erfolgt für stationäre Patientinnen und Patienten im Krankenhaus im DRG-System (OPS 8-89e und OPS 8-982) bzw. über tagesgleiche Pflegesätze bei Anerkennung einer Palliativstation als besondere Einrichtung. Ein gleicher Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus ist für Patientinnen und Patienten, die eine solche Versorgung benötigen und die die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen (hoher Versorgungsaufwand durch

komplexe Symptome und komplexe Versorgungssituation) erfüllen, derzeit nicht sichergestellt; ein leistungsrechtlicher Anspruch für betroffene Patientinnen und Patienten, vergleichbar mit der spezialisierten Palliativversorgung im ambulanten Bereich und in den stationären Pflegeeinrichtungen nach §§37b/132d SGB V (SAPV), besteht nicht. Ein besonderes Problem stellt vor diesem Hintergrund u. a. die Kontinuität der spezialisierten Palliativversorgung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar. Insbesondere dann, wenn Patienten aus der SAPV stationär aufgenommen werden müssen, ist eine Fortsetzung der spezialisierten Versorgung im Krankenhaus oft nicht gewährleistet

### **3. Ziele**

Ziel sollte daher sein, in allen Krankenhäusern, in denen regelmäßig schwerstkranke und sterbende Patientinnen und Patienten betreut werden, den Zugang zur spezialisierten und allgemeinen Palliativversorgung zu gewährleisten. Hierfür muss sowohl ein Recht auf allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus gesetzlich verankert werden als auch der leistungsrechtliche Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung, wie dies für den ambulanten Bereich und für die stationären Pflegeeinrichtungen mit der SAPV (§37b SGB V) bereits geschehen ist, auf den Krankenhausbereich ausgeweitet werden. Der Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung kann je nach Struktur und Situation des Krankenhauses auf unterschiedliche Weise sichergestellt werden, z. B. über eine Palliativstation oder einen multiprofessionellen Palliativdienst im eigenen Krankenhaus, über Kooperationen mit einer Palliativstation oder einem Palliativdienst anderer Krankenhäuser oder mit dem regionalen SAPV-Team.

Für die Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus, d. h. für alle Fachabteilungen und Allgemeinstationen, auf denen schwerstkranke und sterbende Menschen versorgt werden, müssen feste Strukturen etabliert und finanziert werden, die es ermöglichen die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der Basisversorgung im Krankenhaus systematisch zu entwickeln und einen bedarfsgerechten und geregelten Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung zu gewährleisten. Hierfür kommen insbesondere der multiprofessionelle Palliativdienst oder ggf. auch ein Palliativbeauftragter<sup>2</sup> in Betracht, denen diese Aufgabe und die dazu notwendige Finanzierung explizit zuzuweisen ist.

### **4. Entwicklung der Palliativversorgung in Krankenhäusern**

Aufgabe bei der Entwicklung der Palliativversorgung in Krankenhäusern, die regelmäßig sterbende und schwerstkranke Patienten betreuen, ist - neben der bedarfsgerechten Implementierung entsprechender Versorgungsstrukturen der spezialisierten und allgemeinen Palliativversorgung - besonders die Entwicklung einer grundlegenden „Palliativkultur“ durch geeignete Konzepte und eine auf die Versorgung sterbender und unheilbar kranker Patientinnen und Patienten ausgerichteten Organisationsentwicklung. Dazu ge-

---

<sup>2</sup> Mit dem Begriff Palliativbeauftragter ist „Palliativ“ jeweils im umfassenden Verständnis „Hospiz- und Palliativ“ gemeint. „Palliativbeauftragter“ impliziert keine begriffliche Festlegung, die noch zu treffen wäre.

hört neben Qualifizierungsmaßnahmen und strukturierter Qualitätssicherung auch die Sicherstellung eines verlässlichen und bedarfsgerechten Zugangs für die betroffenen Patienten und Angehörigen zu den Angeboten der spezialisierten und allgemeinen Palliativversorgung im jeweiligen Krankenhaus. Umfassende und für Patienten und Angehörige erreichbare Beratungs- und Informationsangebote sind vorzuhalten. Eine grundlegende palliative Kompetenz in allen Bereichen des Krankenhauses muss unter Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen und der Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickelt werden (bottom up). Gleichzeitig kann die strukturelle Organisationsentwicklung nicht ohne Leitungskompetenz und geregelte und mandatierte Verantwortlichkeiten nachhaltig umgesetzt werden (top down). Hierbei sind unterschiedliche strukturelle Modelle denkbar, für die eine auskömmliche finanzielle Grundlage geschaffen werden muss. Diese Aufgaben können im Konzept eines multiprofessionellen Palliativdienstes oder einer Palliativstation explizit verankert sein. Sind diese Strukturen nicht vorhanden, sollte die Stelle eines Palliativbeauftragten oder eines Palliativberaters eingerichtet werden, der mit der nötigen Kompetenz und Mandatierung ausgestattet ist. Eine auskömmliche Finanzierung dieser übergreifenden Aufgaben muss gesichert sein.

Zu den Aufgaben gehören:

- Organisationsentwicklung für die Palliativversorgung im Krankenhaus mit Entwicklung von Konzepten, um für betroffene Patienten deren palliativmedizinischen Versorgungsbedarf zu ermitteln und den Zugang zu den entsprechenden Strukturen sichern. Dazu gehören die Umsetzung der allgemeinen Palliativversorgung und die Sicherung des Zugangs zur spezialisierten Palliativversorgung innerhalb des Krankenhauses oder über feste Kooperation.
- Entwicklung von Qualifizierungsmaßnahmen innerhalb des Krankenhauses (Fort- und Weiterbildungskonzept)
- Qualitätssicherung (z. B. zur Entwicklung standardisierter Abläufe und Prozeduren, spezifische Dokumentation und Datenerhebung, z. B. zur Teilnahme am Hospiz- und Palliativregister etc.)
- Hinwirkung auf die Vernetzung innerhalb des Krankenhauses sowie mit den regionalen ambulanten und stationären Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung

## 5. Regelungsbedarf

### 5. 1 Palliativstation

Die mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) im Artikel 4 vorgesehene Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes soll Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnen, eine Palliativstation als sog. Besondere Einrichtung (BE) aus dem DRG-Vergütungssystem zeitlich befristet herauszunehmen.

§ 1, Satz 15 Krankenhausfinanzierungsgesetz **würde** nach Änderung durch das HPG lauten:

**Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen**

**werden; [bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend] (Ergänzung nach Entwurf des HPG, Artikel 4 )**

Außer den beiden Strukturmerkmalen räumlich und organisatorisch abgegrenzt und mindestens fünf Betten sind keinerlei **weitergehende Qualitätsanforderungen** an eine Palliativstation als BE formuliert. **Die danach auch zukünftig geltende zeitliche Befristung ist kontraproduktiv und sollte aufgehoben werden.** Um sicherzustellen, dass diese Stationen nicht unterhalb des Qualitätsniveaus einer DRG-finanzierten Palliativstation entwickelt und geführt werden, ist es notwendig, Mindestqualitätsanforderungen an Palliativstationen als BE festzulegen, die denen von Palliativstationen entsprechen, die nach DRG finanziert werden. Darüber hinaus aber sollten generell für Palliativstationen, unabhängig von der Art der Finanzierung, Qualitätsanforderungen definiert werden: Möglich wären Qualitätskriterien, die angelehnt sind an die in der S3-Leitlinie Palliativmedizin formulierten Anforderungen sowie an die Mindestanforderungen für die Leistungsabrechnung nach OPS 8-98e spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung. Die genannte OPS beschreibt abrechenbare Leistungen, die durch nachzuweisende Mindestanforderungen an die Behandlung des einzelnen Patienten und die Struktur einer Palliativstation definiert sind. Sie ist allerdings kein Instrument zur Qualitätssicherung, sondern ermöglicht lediglich, notwendige und im Einzelfall erbrachte palliativmedizinische Leistungen im vorhandenen Vergütungssystem DRG abzurechnen. Eigenständige und finanzierungssystemunabhängige Qualitätskriterien fehlen bisher und sind dringend notwendig. Erstmals wurden in der S3 Leitlinie für erwachsene Patienten mit Krebserkrankungen Struktur- und Prozessanforderungen evidenzbasiert beschrieben. Es sollten daher entsprechende Qualitätskriterien, einschließlich verbindlicher Personalanhaltszahlen festgelegt werden.

Notwendig erscheint darüber hinaus eine einheitliche Datendokumentation, z. B. durch das Nationale Hospiz- und Palliativregister, um auch im stationären Bereich zukünftig bessere Erkenntnisse über die Qualität und die Ergebnisse der Versorgung durch eine systematische Evaluation und Versorgungsforschung zu ermöglichen und ggf. auch zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

## **5. 2 Multiprofessioneller Palliativdienst**

**Ein multiprofessioneller Palliativdienst** sollte zukünftig in allen Krankenhäusern vorgehalten werden, in denen regelmäßig unheilbar kranke und sterbende Patienten behandelt werden, z. B. ab einer Größe von 200 Betten. Dafür sollten im HPG-Entwurf die strukturellen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden. Der multiprofessionelle Palliativdienst stellt im Wege der palliativmedizinischen Beratung und Mitbehandlung die spezialisierte Leistungserbringung in den Fachabteilungen und Allgemeinstationen des Krankenhauses sicher. Zugleich bewirkt er - bei entsprechendem Auftrag und Finanzierung - quasi als ein Katalysator eine Verbesserung der allgemeinen Palliativversorgung im Sinne der Regelversorgung im Krankenhaus. Multiprofessionelle Palliativdienste sollten in Form eines eigenständigen multiprofessionellen Teams eingerichtet werden und über spezialisierte ärztliche und pflegerische Kompetenz sowie die Kompetenz einer weiteren Berufsgruppe verfügen.

Die Leistungen eines Palliativdienstes können auch durch das (hierfür erweiterte) multiprofessionelle Team einer Palliativstation - zusätzlich finanziert zur Patientenversorgung der Station - erbracht werden.

In den meisten Krankenhäusern wird allerdings ein multiprofessioneller Palliativdienst unabhängig vom Vorhandensein einer Palliativstation als eigenständige Struktur einzurichten sein. In beiden Fällen muss eine auskömmliche Finanzierung sichergestellt werden. Mindestmerkmale einschließlich entsprechender Struktur- und Prozesskriterien sollten unabhängig vom Finanzierungssystem festgelegt werden.

### **5.3 Palliativversorgungsstruktur in Krankenhäusern ohne eigene Palliativstation und / oder multiprofessionellen Palliativdienst**

Auch in Krankenhäusern, in denen schwerstkranke und sterbende Patienten versorgt werden und weder eine Palliativstation noch ein multiprofessioneller Palliativdienst vorgehalten werden, zum Beispiel in kleineren Häusern, muss sichergestellt werden, dass Patienten, die die allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung benötigen, entsprechende Leistungen auch erhalten. Um den Zugang zu diesen Leistungen zu gewährleisten, müssen feste Strukturen vorgehalten und finanziert werden, z. B. in Form eines Palliativbeauftragten, der entsprechende Kooperationen (z. B. mit anderen Krankenhäusern, regionalen SAPV Teams und Hospizdiensten) entwickelt, eine Koordination der Versorgung im Einzelfall gewährleistet und die Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus voranbringt.

## **6. Änderungs- /Ergänzungsvorschläge zum HPG-Entwurf**

Vor diesem Hintergrund werden für den Krankenhausbereich in Ergänzung zum Art. 4 des HPG-Entwurfs die folgenden Änderungen bzw. Ergänzungen vorgeschlagen:

- Gesetzliche Verankerung des Rechts auf Palliativversorgung im Krankenhaus (spezialisiert und allgemein)
- Ausweitung des leistungsrechtlichen Anspruchs auf spezialisierte Palliativversorgung über den ambulanten Bereich und den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen (SAPV) hinaus auch für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus.
- In § 1, Satz 15 Krankenhausfinanzierungsgesetz sollte die zeitliche Befristung der Ausnahme aus dem DRG-System in Satz 1 für Palliativstationen aufgehoben werden, so dass Satz 1 (einschl. Änderung durch das HPG, Art. 4) dann wie folgt lautet: *Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dies zeitlich unbefristet möglich. Ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ist dafür ausreichend.*
- Für Palliativstationen sollten in einer einheitlichen und vom Finanzierungssystem unabhängige Kriterien bezogen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die perso-

nellen Anforderungen sowie eine bundesweit einheitliche Datendokumentation definiert werden.

- Die Finanzierung der übergreifenden Aufgaben zur Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus ist sicherzustellen. Für diese übergeordneten Aufgaben müssen Strukturen vorgehalten werden, die - je nach Größe und Struktur des Krankenhauses - zum Beispiel bei einem multiprofessionellen Dienst bzw. bei einer Palliativstation oder bei einem Palliativbeauftragten verankert sind.
- Die Einrichtung und Finanzierung multiprofessioneller Palliativdienste zur Sicherstellung der spezialisierten Palliativversorgung sowie zur Unterstützung bei der Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung sind zu regeln. Hierzu sind die qualitativen und strukturellen Voraussetzungen, d. h. Kriterien bezogen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die personellen Anforderungen sowie die patientenseitigen Anspruchsvoraussetzungen zu definieren. Die zu fordernde bundesweit einheitliche Datendokumentation (s. oben) würde ebenso für die multiprofessionellen Palliativdienste zu gelten haben.