

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

DGP fordert nach befremdlichem Schlichtungsspruch: Qualifizierte Seelsorge ist als fester Bestandteil des Palliativteams in die OPS-Codes 8-982 und 8-98e einzubinden

Mit Befremden hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) den [Schlichtungsspruch](#) im Schlichtungsverfahren nach §19 KHG vom 28.10.2020 zur Berücksichtigungsfähigkeit der von einem Seelsorger / einer Seelsorgerin erbrachten Leistungen im Rahmen der OPS-Codes 8-982 „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ und 8-98e „Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ bei der Ermittlung der pro Patient*in erbrachten Leistungen/Therapiezeit zur Kenntnis genommen.

Der Schlichtungsspruch steht im Gegensatz zur derzeit geltenden Rechtsprechung zu dieser Fragestellung, wie sie in den Urteilen der Sozialgerichte Karlsruhe und Gelsenkirchen festgestellt wurde. ([SG Karlsruhe, 28.02.2019- S 9 KR 1621/17](#); [SG Gelsenkirchen, 07.08. – S 46 KR 70/17](#)).

Die Fachkompetenz der zuständigen Fachgesellschaft wurde im Schlichtungsverfahren nicht hinzugezogen, wenngleich die Beteiligten der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Position der DGP vertreten haben und sich ausdrücklich für eine Anerkennung der Seelsorge ausgesprochen haben. Dennoch wurden die den Beteiligten des Verfahrens bekannten Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ([Stellungnahme Seelsorge in der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung, 09.05.2012](#); [Stellungnahme SG-Urteil Karlsruhe, 15.07.2019](#)) aus Sicht der DGP im Schlichtungsergebnis bezüglich der Fragestellung nicht ausreichend berücksichtigt.

In der Begründung des Schlichtungsspruchs wird dabei nicht die Bedeutung der Seelsorge in der Palliativversorgung angezweifelt, sondern ausschließlich auf den Ausschluss einer Finanzierbarkeit seelsorgerischer Leistungen durch die Krankenkassen fokussiert. Die Kernaussagen darin beziehen sich darauf, dass Seelsorge über die Gemeinkosten eines Krankenhauses oder andere Kostenträger (Kirchen) finanziert sei. Des Weiteren wird darauf verwiesen, dass Seelsorge nicht dem im OPS geforderten „Behandlungsteam“ zuzurechnen ist (da Seelsorge nicht im klassischen Sinne „behandelt“) und darüber hinaus keinen der geforderten „Therapiebereiche“ darstellt, da Seelsorge keinen therapeutischen Ansatz verfolgt.

Eine solche Argumentation würde aber auch die Sozialarbeit betreffen, deren Anerkennung im Gegensatz zur Seelsorge zurecht nie in Frage gestellt wurde.

Nach Auffassung der DGP geht es bei der Anerkennung vom Mindestmerkmalen eines OPS-Codes genau nicht darum, bestimmte Berufsgruppen zu finanzieren, sondern um die Operationalisierung und Abbildung eines Mehraufwandes, der zu Kosten führt, die durch die Kostenträger refinanziert werden müssen. Im Falle der Seelsorge ergibt sich dieser Mehraufwand auch aus der Einbindung ins Palliativteam, in dem die seelsorgerische Perspektive und die gewonnenen Erkenntnisse der Seelsorge (durch Gespräche mit Patient*innen, Zugehörigen und Teammitgliedern) in die Behandlungs- und Versorgungsplanung einfließen können.

Auch das vom GKV-SV vorgebrachte Argument, dass Seelsorge weder therapeutisch tätig ist noch einem Behandlungsauftrag folgt, kann für der Bereich der Palliativversorgung aus folgenden Gründen nicht zum Tragen kommen:

1. Es ist unstrittig und in allen relevanten Definitionen und Leitlinien explizit formuliert, dass die Palliativversorgung sich neben körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten auch der spirituellen Dimension von Patient*innen und ihren Zugehörigen widmet. Spirituelle Anliegen werden aber niemals im klassischen Sinne „behandelt“ oder „therapiert“. Somit kann sich eine ganzheitliche Palliativversorgung nicht ausschließlich auf reine Therapie- und Behandlungskonzepte reduzieren, sondern muss die Betroffenen in allen Dimensionen wahrnehmen und neben Behandlung und Therapie auch eine ressourcenorientierte Unterstützung, Begleitung und Beistand anbieten können.
2. Qualifizierte Seelsorger*innen entfalten ihre Wirkung für Betroffene gerade dadurch, dass sie nicht ein bestimmtes Therapieziel verfolgen oder einem Interventionsbestreben folgen, sondern durch Beistand und die absichtslose Begegnung, die Räume dafür eröffnen, Themen, Sorgen und Nöte zu benennen, die im klassischen Behandlungskontext eines Krankenhauses ansonsten wenig bis keinen Raum finden.
3. In einer Palliativsituation sind existenzielle Fragen zum Leben, Sterben und dem Danach fast immer von zentraler Bedeutung. Qualifizierte Seelsorger*innen können diesen Fragen in besonderer Form Ausdruck und Geltung verschaffen und dadurch zu einer Entlastung und einem Verständnis beitragen, welches auch den Behandlungsverlauf positiv beeinflussen kann.

Die DGP erwartet eine uneingeschränkte Umsetzung des § 27 SGB V, wonach zur Krankenbehandlung auch die palliative Versorgung der Versicherten gehört. Der ganzheitliche Ansatz der Palliativmedizin muss dabei umfassende Berücksichtigung finden.

Die DGP wird bis zum 28.02.2021 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (welches die Aufgaben des DIMDI übernommen hat) eine Präzisierung der betreffenden OPS-Codes beantragen, die unter den aufgezählten Therapiebereichen (von denen mind. 6 Std pro Woche erbracht werden müssen) eine explizite Nennung einer qualifizierten Seelsorge als Bestandteil des Palliativteams beinhaltet.

Welche Konsequenzen für die stationäre Palliativmedizin ergeben sich aus dem Schlichtungsspruch?

Es muss davon ausgegangen werden, dass es bei Prüfungen durch den medizinischen Dienst zu Ablehnungen der betreffenden Zusatzentgelte (ZE 60 und ZE 145) kommt, wenn im Rahmen der geforderten 6 Stunden aus den in den Mindestmerkmalen genannten Therapiebereichen diese Stundenanzahl nur durch die Hinzuziehung der Seelsorge zustande kommt.

Im Falle solcher Ablehnungen hält die DGP es dennoch für sinnvoll, dagegen Einspruch einzulegen, da über diesen Weg die Möglichkeit besteht, zu einer höchstrichterlichen Entscheidung zu kommen, die den ansonsten gültigen Schlichtungsspruch außer Kraft setzen könnte.

Sofern die Eingabe der DGP an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Änderung der OPS-Codes zum Ergebnis hat, würde diese frühestens ab 2022 eine Gültigkeit haben.

Die DGP betont aber ausdrücklich, dass unabhängig aller Finanzierungsregelungen für Palliativstationen die Seelsorge als fester Bestandteil zum Angebot der Palliativversorgung gehört und eine Einbindung von Seelsorger*innen in Palliativteams unerlässlich ist.

Stand: 17.02.2021