



Spitzenverband



# **Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung**

Positionen des GKV-Spitzenverbandes

beschlossen vom Verwaltungsrat am 10. Juni 2015



## **Impressum**

Herausgeber:  
GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin

Verantwortlich:  
Dr. Monika Kücking (Abteilung Gesundheit),  
Michael Weller (Stabsbereich Politik)

Gestaltung:  
BBGK Berliner Botschaft  
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:  
Titel: Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner, [www.schupfner.com](http://www.schupfner.com)

Auflage: 500 Exemplare  
Stand: 10.06.2015

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

# Inhalt

---

Hintergrund .....	4
Transparenz über bestehende Angebote erhöhen und verzahnte Beratung aufbauen .....	6
Im Fokus: Nicht-spezialisierte Palliativversorgung .....	7
Palliativversorgung erfordert Kooperation .....	8
Ambulant ärztliche Versorgungsqualität verbessern und Vernetzung fördern .....	9
Palliativmedizinische Breitenversorgung im Krankenhaus stärken .....	10
Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen stärken .....	11
Hospizversorgung und Begleitung durch ambulante Hospizdienste weiterentwickeln .....	12
Spezialisierte ambulante Versorgung bedarfsgerecht ausbauen - Datenbasis verbessern .....	13

# Hintergrund

---

## **Eine qualitativ hochwertige palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung sowie eine Hospiz- und Palliativkultur müssen stärker in nicht-spezialisierte Versorgungsangebote Eingang finden.**

Die Gesetzliche Kranken- und Soziale Pflegeversicherung (GKV und SPV) verstehen es als ihre originären Aufgaben, ihren Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Regelungen in jedem Lebensalter und jeder Lebenssituation die notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie ggf. begleitende Unterstützung und Beratung zur

Verfügung zu stellen. In diesem Kontext ist die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung ein wichtiges eigenes Anliegen von GKV und SPV. Vor diesem Hintergrund werden die zentralen

Zielsetzungen des vorliegenden Eckpunktepapiers „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“<sup>1</sup> sowie des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 20. April 2015, ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen und dazu Palliativmedizin sowie Hospizkultur bedarfsgerecht möglichst überall dort zu verwirklichen, wo Menschen sterben, uneingeschränkt geteilt.

Die GKV und SPV leisten mit ihren medizinischen und pflegerischen Leistungen einen entscheidenden Beitrag, damit Menschen in Würde und unter Respektierung ihrer Wünsche sterben können. Über diesen Kernbereich hinaus fördert die GKV die psychosoziale Unterstützung und Sterbegleitung durch ehrenamtlich fundierte Strukturen ambulanter Hospizdienste und finanziert – unter Anrechnung der Leistungen der SPV – mit stationären Hospizen besondere stationäre Einrichtungen zur umfassenden Versorgung, Betreuung und Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Auch diese komplementären Leistungen tragen wesentlich dazu bei, dass die zentralen Anliegen der „Charta zur Betreuung

schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, zu deren Umsetzung sich die GKV und SPV bekannt haben, erreicht werden können. Von daher ist eine Mitfinanzierung und finanzielle Förderung solcher ergänzenden Unterstützungs- und Helferstrukturen durch die Beitragszahler der GKV folgerichtig.

Die notwendige Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung sollte aus Sicht von GKV und SPV insbesondere folgende zentrale Ansätze verfolgen:

- Eine qualitativ hochwertige leitlinienbasierte palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung sowie Hospiz- und Palliativkultur bzw. -haltung muss stärker in nicht-spezialisierte Versorgungsangebote Eingang finden. Eine angemessene Palliativversorgung darf nicht von Zufällen abhängen, auf spezialisierte Versorgungsformen begrenzt oder gar durch ökonomische Fehlanreize infrage gestellt sein.
- Die Sicherung und ggf. die Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsstrukturen sowie der Beratungs- und Unterstützungsangebote müssen dem Bedarf schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen folgen. Dabei ist möglichst eine flächendeckende Versorgung im Rahmen vernetzter und aufeinander abgestimmter Angebote anzustreben.
- Vor dem Hintergrund der sehr differenzierten Angebote muss die Transparenz über die Strukturen und die Versorgung erhöht werden. Dies sowohl aus der Perspektive der betroffenen Menschen, die auf entsprechende Angebote angewiesen sind, als auch aus der Perspektive der Vertragspartner, die für die Ausgestaltung der Angebote fundierte Informationen über die Qualität der Versorgung und die Bedarfssituation benötigen.

---

<sup>1</sup> Eckpunktepapier von Bundesminister Hermann Gröhe, der Parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz und Jens Spahn MdB, Emmi Zeulner MdB, Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB, Hilde Mattheis MdB vom 10. November 2014

- 
- Die professionelle Palliativversorgung sowie ehrenamtlich fundierte hospizliche Unterstützungsangebote sollten in eine Gesamtstruktur mit regionalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten eingebunden sein, die den Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft auch jenseits der medizinisch-pflegerischen Versorgung Rechnung tragen.

Alle Vorschläge zur Weiterentwicklung sollten insbesondere mit Blick darauf bewertet werden, ob sie diesen Aspekten ausreichend Rechnung tragen bzw. eine solche Ausgestaltung der Rahmenbedingungen fördern. Unter diesen Prämissen vertreten GKV und SPV folgende Positionen zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung.

# Transparenz über bestehende Angebote erhöhen und verzahnte Beratung aufbauen

---

Lebensbedrohliche Erkrankungen und die Konfrontation mit dem Sterben sind für die Betroffenen und deren Angehörigen besonders belastend und erfordern vielfach unvorbereitet komplexe Entscheidungen in allen Bereichen des menschlichen Daseins. Neben einer fundierten und verlässlichen palliativmedizinischen sowie palliativpflegerischen Unterstützung und Beratung durch die beteiligten Leistungserbringer sind von daher für die Betroffenen eine kompetente individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Kranken- und Pflegekassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung wichtig. Dazu gehört neben den klassischen medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten auch der Hinweis auf regional verfügbare ergänzende Beratungs- und Unterstützungsangebote vor allem in den Bereichen der psychosozialen und ggf. spirituellen Unterstützung bis hin zur Trauerbegleitung.

**Die Krankenkassen werden ihre Beratungs- und Unterstützungsangebote verzahnt mit dem Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI weiter ausbauen und ihre Kundenberaterinnen und -berater ggf. ergänzend qualifizieren.**

Die SPV verfügt mit der Pflegeberatung bereits über ein am gesamten Versorgungsbedarf pflegebedürftiger Menschen ausgerichtetes Beratungsangebot mit dem gesetzlichen Auftrag zur umfassenden Bedarfserhebung und Versorgungsplanung. Dieses Angebot richtet sich auch an pflegebedürftige Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf.

Den Krankenkassen obliegt ein so weitreichender und mit entsprechenden Datenerhebungsbefugnissen einhergehender Auftrag zur leistungsübergreifenden Bedarfserhebung und Versorgungsplanung bisher nicht. Beratungsangebote der Krankenkassen werden zudem vorwiegend leistungsspezifisch und jeweils erst im Zusammenhang mit aktuellen Leistungsanträgen nachgefragt. Im Interesse von mehr Transparenz und Vermeidung von Unsicherheiten in der schwierigen Lebensphase von Palliativpatientinnen und -patienten werden die Krankenkassen ihre Beratungs- und Unterstützungsangebote verzahnt mit dem Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI weiter ausbauen und ihre Kundenberaterinnen und -berater ggf. ergänzend qualifizieren. Dabei sollten die Pflege- sowie die Hospiz- und Palliativberatung aus einer Hand erbracht werden. In Fällen der Krankenhausentlassung können diese Beratungsangebote der Kranken- und Pflegekassen ein strukturiertes Entlassmanagement der Krankenhäuser ergänzen.

# Im Fokus: Nicht-spezialisierte Palliativversorgung

---

Die zentrale Herausforderung für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung ist die Organisation einer vernetzten, kooperativen Betreuung und Versorgung, bei der professionelle und ehrenamtliche Betreuung und Versorgung Hand in Hand gehen. Dies gelingt nur, wenn palliativmedizinische und palliativpflegerische Kompetenz sowie hospizliche Haltung stärker in der sog. Regelversorgung verankert und gelebt werden. Diese Kompetenz und eine dem Menschen zugewandte Haltung müssen überall dort ankommen, wo die betroffenen Menschen versorgt werden – insbesondere in der eigenen Häuslichkeit, in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen. Dies setzt u. a. voraus, dass die an der Versorgung Beteiligten im Rahmen ihrer Ausbildung aber auch durch geeignete Fort- und Weiterbildungsangebote entsprechend qualifiziert werden.

Die stärkere Verankerung palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Kompetenz sowie hospizlicher Haltung in der sog. Regelversorgung bedarf in erster Linie nicht neuer gesetzlicher Regelungen oder zusätzlicher Angebotsstrukturen, sondern eines Grundkonsenses der Leistungserbringer, Kostenträger und sonstigen gesellschaftlich verantwortlichen Akteure, die Versorgungsprozesse und -strukturen sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote gemeinsam konsequent auf diese Zielsetzung hin auszurichten. Zu einem

**Die an der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung Beteiligten müssen sich in ihrer Ausbildung sowie durch Fort- und Weiterbildungsangebote gezielt qualifizieren.**

solchen Grundkonsens kann der breite Diskussions- und Umsetzungsansatz, wie er insbesondere in dem aktuellen Prozess der Weiterentwicklung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland zu einer Nationalen Strategie angelegt ist, entscheidend beitragen. Die GKV und SPV werden einen solchen Prozess konstruktiv begleiten und unter Berücksichtigung bestehender Strukturen notwendige Weiterentwicklungen auf Basis fundierter Analysen aktiv anstoßen und befördern. So hat die GKV bereits Vorschläge zu einer Ergänzung der Richtlinie häusliche Krankenpflege in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingebracht, um die pflegerische Palliativversorgung als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege zu stärken.

# Palliativversorgung erfordert Kooperation

---

Das Gesundheitssystem ist durch eine starke berufsbezogene Rollen- und Kompetenzverteilung gekennzeichnet. Dies kann bei der Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten hinderlich sein. Die angemessene Versorgung und Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten erfordert in besonderem Maße die Zusammenarbeit unterschiedlicher palliativmedizinischer und -pflegerischer Leistungserbringer sowohl der spezialisierten als auch der nicht-spezialisierten Form und ggf. die enge Einbindung begleitender, auch ehrenamtlicher Helferstrukturen. Die Bereitschaft, entsprechend vernetzte Strukturen regional aufzubauen bzw. zu sichern und sich in eine vernetzte Versorgung einzubringen, ist aus Sicht von GKV und SPV daher eine Grundvoraussetzung für die Leistungserbringung als Vertragspartner der Kranken- und Pflegekassen im Bereich der Palliativversorgung. GKV und SPV werden dies weiter befördern und die entsprechenden vertraglichen Regelungen mit diesem Anspruch weiterentwickeln und prüfen, ob insbesondere auch bestehende Vergütungsregelungen den Anforderungen einer vernetzten und koordinierten Leistungserbringung ausreichend Rechnung tragen. Dabei gilt es, Anreize für eine Verbesserung der realen Versorgungssituation der betroffenen Menschen zu setzen und darauf zu achten, dass Fehlanreize und Mitnahmeeffekte vermieden sowie vertraglich vereinbarte Verantwortlichkeiten für die Koordination auch wahrgenommen werden.

**GKV und SPV werden eine vernetzte Versorgung befördern und die entsprechenden vertraglichen Regelungen mit diesem Anspruch weiterentwickeln.**

# Ambulant ärztliche Versorgungsqualität verbessern und Vernetzung fördern

---

Die allgemeine palliativmedizinische Versorgung durch qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte stellt die Grundlage für eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung dar. Sie wird im Wesentlichen durch Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sowie im Rahmen der onkologischen Versorgung durch besonders qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte geleistet. Der Bereich der vertragsärztlichen Versorgung wurde auf Initiative der GKV im Hinblick auf die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten in der Vergangenheit weiterentwickelt. Dabei wurden neue palliativärztliche Leistungen vereinbart, die auch die Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung beinhalten sowie Anreize setzen, Palliativpatientinnen und -patienten qualifiziert zu versorgen. Dadurch befördert die GKV die Stärkung der Palliativversorgung im Rahmen der sog. Regelversorgung.

Zur besseren Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten werden keine neuen Formen der Versorgung benötigt. Vielmehr bedarf es einer Anhebung des Qualitätsniveaus in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierbei sind Fort- und Weiterbildungen in der Palliativmedizin unabdingbar. Als Mindestanforderung sind insbesondere Qualifikationsangebote auf Basis des Curriculums der „40 Stunden Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin“ der Bundesärztekammer geeignet, um die palliativmedizinischen Kenntnisse der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte weiterzuentwickeln und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die neuen rechtlichen Möglichkeiten zur Erfassung des Patientenwillens zu sensibilisieren. Die Abrechnung und Vergütung der palliativmedizinischen Leistungen müssen künftig an den Nachweis einer entsprechenden Qualifikation geknüpft werden, um Anreize zur verstärkten Nutzung dieser vorhandenen Qualifikationsangebote durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu setzen. Zur Stärkung der Palliativversorgung im häuslichen Umfeld sind die Kenntnisse von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten im Bereich der ambulanten Palliativversorgung zu erweitern und vorhandene Möglichkeiten zur Delegation von Leistungen an qualifiziertes nicht-ärztliches Praxispersonal stärker zu nutzen.

Des Weiteren sind im Rahmen der Regelung von Qualitätsanforderungen spezifische Qualitätsindikatoren zu vereinbaren, um die Qualität der ambulanten Palliativversorgung zu messen und zu evaluieren. Auf dieser Grundlage können eine geeignete transparente Darstellung der Versorgungsqualität sowie eine kontinuierliche Verbesserung des Qualitätsniveaus erreicht werden.

Die palliativmedizinische Versorgung ist auch ein wichtiger Leistungsbestandteil der fachärztlichen onkologischen Versorgung gemäß der Onkologievereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages. Die GKV setzt sich dafür ein, dass onkologische Kooperationsgemeinschaften in Zukunft zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung der Patientinnen und Patienten Kooperationen insbesondere mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten schließen müssen, die über eine Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen.

Da Palliativversorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich geleistet wird, bedarf es einer sinnvollen Koordination und Abstimmung der ärztlichen Maßnahmen, um die Betroffenen optimal zu versorgen. Aus Sicht der GKV müssen die Kooperation und Abstimmung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern optimiert werden, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Es ist zu prüfen, ob die vorhandenen Vergütungsstrukturen sowohl im EBM als auch in der Onkologievereinbarung mit dem Ziel einer spezifischeren Abbildung dieser Koordinationsleistungen weiterentwickelt werden können.

Um die palliativmedizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern zu verbessern, müssen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie stationäre Pflegeeinrichtungen die vorhandenen Möglichkeiten zum Aufbau von Kooperationsstrukturen nach § 119b Abs. 2 SGB V stärker nutzen. Die im Gesetz geregelte Förderung solcher Kooperationen über Vergütungszuschläge kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

# Palliativmedizinische Breitenversorgung im Krankenhaus stärken

---

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 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.

Zur Förderung der palliativmedizinischen Breitenversorgung ist eine stationäre, dezentrale, palliativmedizinische Mitbehandlung im Rahmen eines „Palliativdienstes“ (fachärztliche Mitbetreuung im Auftrag der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes) sinnvoll. Da eine gesonderte Vergütung speziell für den Palliativdienst aus kalkulatorischen Gründen im Fallpauschalensystem unwahrscheinlich erscheint, sollten die palliativdienstlichen Leistungen zur zusätzlichen Abrechnungsvoraussetzung der spezialisierten palliativmedizinischen Leistungen gemacht und somit über diese mitfinanziert werden. So wird sichergestellt, dass eine Versorgung angeboten, die Zusammenarbeit im Krankenhaus gestärkt und die Kalkulation der Palliativmedizin im Fallpauschalensystem verbessert wird. 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.

Mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen bedarfsgerechten Versorgung 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 krankenhausspezifisch 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. 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.

# Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen stärken

---

Die Betreuung sterbender Menschen ist ein Teil des praktischen Alltags in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Den Menschen muss in den letzten Lebenstagen ermöglicht werden, diesen Abschnitt nach ihrer individuellen Vorstellung und in jeder Hinsicht gut versorgt begehen zu können. Auch wenn diesem Thema in stationären Pflegeeinrichtungen vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet wird, bedarf die Begleitung der Menschen in ihrer letzten Lebensphase einer weiteren Stärkung. Insbesondere bedarf es hier einer hospizlichen Grundhaltung.

Um Verbesserungen in stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen, müssen die in der Einrichtung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für dieses Thema sensibilisiert werden. Insbesondere Pflegefach-, aber auch Pflegehilfs- und Betreuungskräfte sind umfassend im Umgang mit Sterbenden zu schulen. Die Personalentwicklung sollte aber mit einer Organisationsentwicklung einhergehen. Erlerntes Wissen muss in den Pflegeeinrichtungen auch durch die Pflegekräfte umgesetzt werden können. Eine Voraussetzung dafür ist, dass Einrichtungsträger die ganzheitliche Begleitung und Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende als eine Kernaufgabe wahrnehmen und entsprechende Strukturen und Abläufe in den Einrichtungen qualitativ weiterentwickeln.

Zur Stärkung der Sterbebegleitung als Bestandteil der Pflege sollte die Bedeutung dieses Themas in den verbindlichen Rahmenverträgen über die pflegerische Versorgung auf Länderebene hervorgehoben werden. Um eine einheitliche Umsetzung in den einzelnen Bundesländern zu erleichtern, sollte künftig eine Verankerung in den Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI von GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vorgenommen werden. Zusätzlich sollte der Umgang mit der Versorgung sterbender Menschen in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität konkretisiert werden.

Nach der aktuellen gesetzlichen Regelung können Bewohnerinnen und Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung durch einen ambulanten Hospizdienst begleitet werden; diese Sterbebegleitung fließt in die Förderung des ambulanten Hospizdienstes durch die GKV ein. Dennoch sollte die kooperative Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und ambulanten Hospizdiensten weiter ausgebaut werden. Zu begrüßen sind dabei Bestrebungen, die Mitteilungspflichten der Einrichtungen dahingehend auszubauen, die Pflegekassen zum Zwecke der Veröffentlichung zu informieren, wie die Zusammenarbeit mit einem Palliativ- und Hospiznetz geregelt ist. Dies setzt einen Anreiz, die Vernetzung und Kooperation mit Hospizdiensten, SAPV-Teams und weiteren Partnern regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke zu gestalten und zu stärken. Professionelle und ehrenamtliche Versorgung und Betreuung müssen sich besser als bisher ergänzen.

Neben der individuellen Beratung der Pflegekassen müssen auch einrichtungsinterne Beratungsleistungen intensiviert werden. Den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ihren Angehörigen sind auf Wunsch Netzwerkpartner und Ansprechpartner für die unterschiedlichen Hilfsangebote zu benennen. Damit wird eine Grundlage gelegt, selbstbestimmt über Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten am Lebensende entscheiden zu können.

**Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen die ganzheitliche Begleitung und Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende als eine Kernaufgabe wahrnehmen.**

# Hospizversorgung und Begleitung durch ambulante Hospizdienste weiterentwickeln

---

Hospize leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten sowie deren Angehörigen. Der Gesetzgeber hat seit dem Einstieg in die GKV-finanzierte bzw. -bezuschusste Hospizarbeit den Finanzierungsanteil der GKV kontinuierlich erweitert. Dadurch leistet die GKV einen stetig wachsenden und sehr bedeutsamen Beitrag zur Unterstützung der Hospizbewegung und hat damit dazu beigetragen, dass Hospiz- und Palliativversorgung heute einen wichtigen Stellenwert in der Versorgungslandschaft einnehmen. Sowohl für den Gesetzgeber als auch für die Partner, die auf Seiten der GKV und der maßgeblichen Hospizorganisationen die Umsetzung der Hospizversorgung gestalten, stand bei der Ausgestaltung der gesetzlichen und rahmenvertraglichen Regelungen stets im Vordergrund, Impulse für eine bedarfsgerechte Strukturentwicklung zu geben, ohne das tragende Element der bürgerschaftlichen Verankerung der Hospizbewegung zu gefährden. Dies kommt durch gesetzliche Regelungen, die bewusst keine Vollfinanzierung stationärer Hospize und keine Ausgestaltung der Sterbebegleitung im Sinne von abrechnungsfähigen GKV-finanzierten Leistungen bewirken, sowie durch entsprechende rahmenvertragliche Regelungen zum Ausdruck, die im Konsens der Rahmenvertragspartner bewusst auf eine zu detaillierte Regelungstiefe verzichten. Aus Sicht der GKV sollte in diesem sensiblen Versorgungsbereich an diesen Grundlinien festgehalten und Weiterentwicklungen sehr behutsam, jedoch konsequent vorgenommen werden. Es gilt, weiterhin keine Impulse zu setzen, Hospize vermehrt als reine Wirtschaftsbetriebe zu führen bzw. bestehende Versorgungsangebote aus rein fiskalischen Erwägungen als Hospizbereiche auszugliedern.

Aus Sicht der GKV sollten deshalb bei der Diskussion über eine Weiterentwicklung der Hospizangebote und der vertraglichen Rahmenbedingungen die Fragen im Vordergrund stehen, mit welchen Instrumenten die regionalen Vertragspartner bei der Umsetzung weitergehend unterstützt und zur Sicherung möglichst bundeseinheitlicher Ausgangsbedingungen beigetragen werden kann,

ohne dabei die notwendige Flexibilität zur Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation aufzugeben. Dies bedarf der sorgfältigen Abwägung und ist in erster Linie Aufgabe der Rahmenvertragspartner auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband hat alle Beteiligten zu entsprechenden Gesprächen eingeladen und ist zu notwendigen Ergänzungen der Rahmenvereinbarungen bereit. Weitergehende Konkretisierungen mit dem Ziel der Vereinheitlichung dürften in der Rahmenvereinbarung über die stationäre Hospizversorgung insbesondere hinsichtlich Art und Inhalt der zuschussfähigen Leistungen, der sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung sowie zu den Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung erforderlich sein. Darüber hinaus sollten die Regelungen in der Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizdienste so weiterentwickelt werden, dass eine Förderung der Hospizarbeit bereits zeitnah ab dem Zeitpunkt erfolgt, zu dem Sterbebegleitungen erstmalig erbracht wurden.

Ein besonderes Augenmerk ist auch darauf zu richten, dass an die Versorgung von lebenslimitierend erkrankten bzw. sterbenden Kindern und Jugendlichen besondere Anforderungen zu stellen sind. 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 im Vergleich zu Erwachsenenhospizen besonderen Aspekte wurden im Jahre 2010 in der Rahmenvereinbarung zur stationären Hospizversorgung abgebildet. Damals wurde kein Bedarf gesehen, eine eigenständige Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche zu schließen. Im Kontext der anstehenden Beratungen über weitergehende Konkretisierungen der Rahmenvereinbarungen wird auch zu bewerten sein, ob nunmehr aufgrund des jeweils spezifischen Regelungsbedarfs eine eigene Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche zweckmäßig ist.

# Spezialisierte ambulante Versorgung bedarfsgerecht ausbauen - Datenbasis verbessern

---

Neben den nicht-spezialisierten Angeboten der medizinisch-pflegerischen Versorgung sind im begrenzten Umfang auch weiterhin die spezialisierten Angebote für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen erforderlich. Im ambulanten Bereich war die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für Palliativpatientinnen und -patienten mit einem besonders komplexen Symptomgeschehen ein wichtiger Schritt für die Entwicklung der Palliativversorgung in den letzten Jahren. Die GKV hat diese Entwicklung vorangetrieben.

Abhängig von der regionalen Bedarfssituation und dem verfügbaren Angebot entsprechend qualifizierter und erfahrener Fachkräfte wird die GKV ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommen und den weiteren Strukturaufbau mit dem Ziel einer möglichst flächendeckenden Verfügbarkeit der Versorgung fortsetzen. Den Vertragspartnern ist es zwischenzeitlich gelungen, in den weitaus überwiegenden Regionen eine flächendeckende Versorgung mit SAPV-Leistungen vertraglich sicherzustellen. Dabei konnte der Strukturaufbau entsprechend der regionalen Situation insbesondere zur Verfügbarkeit geeigneter Fachkräfte zum Teil nur dadurch erreicht werden, dass spezifische Übergangsregelungen zu den Anforderungen an die Berufserfahrung der Teammitglieder vereinbart wurden. Insgesamt wird deutlich, dass dem Aufbau solch spezialisierter ambulanter Leistungsangebote insbesondere auch durch externe Rahmenbedingungen (insbesondere Verfügbarkeit von qualifizierten und berufserfahrenen Fachkräften), die durch die Vertragspartner kaum zu beeinflussen sind, gewisse Grenzen gesetzt werden.

Besondere Aufmerksamkeit bedarf aufgrund der spezifischen Bedarfskonstellation die Versorgung lebenslimitierend erkrankter Kinder und Jugendlicher. Diese sollte im Rahmen der SAPV durch eigene auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisierte Teams erfolgen. Soweit dies insbesondere aufgrund zu geringer Fallzahlen in ländlich geprägten Regionen zu vertretbaren Bedingungen nicht realisiert werden kann, sind

andere Organisationsmodelle unter Nutzung vorhandener Strukturen zu prüfen. Dabei ist darauf zu achten, dass auch Teams, die sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene versorgen, für die Versorgung der Kinder und Jugendlichen über ausreichend qualifiziertes Personal verfügen.

Um die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote mittelfristig auf aussagefähiger und gesicherter Datenbasis gestalten zu können, sollten die Vertragspartner einen erweiterten gesetzlichen Auftrag und entsprechende Kompetenzen erhalten, Maßnahmen zur Dokumentation und

Auswertung versorgungsrelevanter Daten und zur externen Qualitätssicherung

**Die GKV wird die SAPV bedarfsorientiert weiterentwickeln.**

gemeinsam zu vereinbaren. Darüber hinaus muss die Versorgungsforschung im Bereich der Palliativversorgung verstärkt werden, um weitergehende Erkenntnisse zum Weiterentwicklungsbedarf der SAPV auf der Grundlage gesicherter Daten zu erhalten.





**GKV-Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)