

7. April 2015

Stellungnahme zum  
Referentenentwurf

## **Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland**

veröffentlicht am 18. März 2015

- 1. Zusammenfassung**
- 2. Notwendigkeit der Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung**
- 3. Beratung von Versicherten über Versorgung und Betreuung am Lebensende (§ 132f)**
- 4. Status von Palliativstationen als besondere Einrichtungen (BE)**
- 5. Korrektur von Fehlentwicklungen der SAPV**
- 6. Ärztlich assistierter Suizid**

### **1. Zusammenfassung**

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. begrüßt die Initiative eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Sie sieht den Bedarf nicht nur in ländlichen, sondern auch in einigen städtischen Regionen.

Wir schlagen eine Änderung der Angebotsverpflichtung über Hospiz- und Palliativversorgung in eine Beratungsverpflichtung vor.

Wir begrüßen die Möglichkeit, krankenhausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtungen (BE) anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten zu verhandeln.

Wir sehen Korrekturbedarf bei einigen Fehlentwicklungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung ist eine eigenständige Herausforderung und ersetzt die gesellschaftliche Diskussion über den ärztlich assistierten Suizid nicht.

### **2. Notwendigkeit der Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung**

---

**Geschäftsführender Vorsitzender**  
Prof. Dr. med. Mathias Freund

**Vorsitzende**  
Prof. Dr. med. Diana Lüftner

**Sekretär**  
Prof. Dr. med. Martin Wilhelm

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. begrüßt die Initiative eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Bis zu 90% der Patienten in Hospiz- und Palliativeinrichtungen leiden an Krebs. Ein großer Teil der aktiv ärztlich tätigen Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie hat die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Das unterstreicht die große praktische Bedeutung, die die Betreuung der schwerkranken und sterbenden Patienten für unsere Fachgesellschaft hat.

Die DGHO hält die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung für eine eigenständige Herausforderung. Sie trennt diese Aufgabe von der Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid.

Die Situation der Palliativversorgung hat sich in den letzten 15 Jahren spürbar verbessert. Bei der Zertifizierung onkologischer Zentren unserer Fachgesellschaft sind Palliativstationen, Vernetzung mit Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) und Vernetzung mit Hospizen unabdingbare Voraussetzung für die Erteilung eines Zertifikats.

Ausdrücklich begrüßen wir die weitere Stärkung der ambulanten Palliativversorgung. Der Handlungsbedarf besteht nicht nur darin, ländliche Regionen zu stärken und die allgemeine Palliativversorgung weiter zu entwickeln. Handlungsbedarf besteht auch bei der Vermeidung von Fehlentwicklungen der bestehenden SAPV, siehe unten.

### 3. Beratung von Versicherten über Versorgung und Betreuung am Lebensende (§ 132f)

Die vorgeschlagene Formulierung des § 132f lautet: „Versicherte **sollen** über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende beraten werden“. Bisher war Grundgedanke der gesetzlichen Regelungen bei Entscheidungen zum Lebensende immer ein hoher Grad von Freiwilligkeit. So war bei den Regelungen zur Patientenverfügung in BGB § 1901a formuliert worden: „(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden.“. Die jetzige Formulierung legt eine Interpretation nahe, für die nicht primär das Wohl des Patienten sondern ökonomische Überlegungen im Vordergrund stehen. Dieser Gedanke wird durch den ausdrücklichen Hinweis auf die „Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte“ (S.4. des Entwurfes) unterstützt.

Für § 132f (1), Satz 2 schlagen wir vor: **Schwerkranken und sterbenden Menschen soll in ihrer letzten Lebensphase ein gezieltes Angebot zur Beratung über Hospiz- und Palliativversorgung gemacht werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung ...**

Eine solche Formulierung greift die Notwendigkeit einer individualisierten Vorgehensweise auf, unter Berücksichtigung der sehr vielfältigen Krankheitssituationen. Sie orientiert sich auch an der sehr unterschiedlichen Versorgungssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

### 4. Status von Palliativstationen als besondere Einrichtungen (BE)

Ausdrücklich begrüßt die DGHO den Vorschlag, Palliativstationen die Möglichkeit zu eröffnen, anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalierten Entgelten krankenhaushausindividuelle Entgelte als besondere Einrichtungen (BE) zu verhandeln.

Dies reflektiert die Erfahrung, dass die derzeitige Dokumentation der Diagnosen, Prozeduren und Zusatzentgelte dazu tendiert, die mit einem hohen inhaltlichen Anspruch angetretene Palliative Versorgung zu einer Checklisten-Medizin zu degradieren und falsche Anreize zu setzen.

Die DRG-Abrechnung von Leistungen auf einer Palliativstation kann außerdem ein Hindernis für interne Verlegungen darstellen: In vielen Kliniken wird der DRG-Erlös der entlassenden Klinik zugerechnet. Wenn ein Patient z. B. von einer chirurgischen Abteilung auf eine Palliativstation verlegt wird, bedeutet dies buchhalterisch einen finanziellen Verlust für diese chirurgische Abteilung. Dies gilt nicht bei Verlegung auf eine Palliativstation, die als besondere Einrichtung geführt wird.

Vor dem Hintergrund der internationalen Bestrebungen einer frühen Integration der Palliativmedizin in die onkologische Versorgung kann der Vorschlag auch kritisch gesehen werden. Die frühe Integration führt vermehrt dazu, dass Patienten bei stationärem Behandlungsbedarf auch in Krankheitsphasen auf Palliativstationen betreut werden, in denen noch hochpreisige Therapien durchgeführt werden. Dies ist mit Entgelten für besondere Einrichtungen kaum abzubilden. In der Folge sind ungewollte Patientenselektionen bzw. Abweisung von Patienten mit noch laufender Therapie zu befürchten. Es kann daher ein Druck auf Patienten zum Abbruch solcher Therapien entstehen, um in den Genuss von Palliativversorgung zu gelangen. Ggf. wäre Formen der separaten Finanzierung von bestimmten Therapieformen oder alternativ eine grundlegende Neufassung der Zusatzentgelte für Palliativmedizin innerhalb des DRG-Systems mit dem Ziel eines spürbaren Bürokratieabbaus zu diskutieren.

## 5. Korrektur von Fehlentwicklungen der SAPV

Die bisherigen Erfahrungen mit der SAPV werden von der DGHO als positiv bewertet. Allerdings sind einzelne Fehlentwicklungen bestehender Strukturen zu korrigieren. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Vergütungsstrukturen mit Offenlegung der Verträge ist anzustreben. Ein nicht nach Fallschwere und Ressourceneinsatz gewichtetes und intransparentes Benchmarking von Anbietern durch die Kostenträger z.B. in Bezug auf den Bedarf an stationären Einweisungen, ist zu unterbinden. Es kann dazu beitragen, lebensverlängernde stationäre Behandlungen zu verhindern. Das gleiche gilt für Vereinbarungen, bei denen die Höhe der Vergütung palliativmedizinischer Leistungen von der Vermeidung von Einweisungen abhängig gemacht wird. Durch solche Ansätze besteht die Gefahr, dass das Image der Palliativmedizin mit Lebensverkürzung assoziiert wird.

## 6. Ärztlich assistierter Suizid

Die leidenschaftliche Diskussion über den selbstbestimmten Tod und die Rolle der Ärzte ist ein eigenes Thema. Gute palliativmedizinische Versorgung lindert Leiden und beeinflusst damit einen der gewichtigen Gründe für den individuellen Wunsch nach Selbsttötung. Die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung ist kein Ersatz für eine breite gesellschaftliche Diskussion über ärztlich assistierten Suizid.

*Die Stellungnahme wurde von Prof. Dr. Bernhard Wörmann in Kooperation mit PD Dr. Ulrich Schuler (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, PalliativCentrum & Medizinische Klinik I, Dresden), Prof. Dr. Norbert Frickhofen (Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Klinik Innere Medizin III Onkologie, Hämatologie, Palliativmedizin, Wiesbaden) und Dr. Imke Strohscheer (Klinik Nordfriesland, Fachklinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation, St. Peter-Ording) für den Arbeitskreis Palliativmedizin der DGHO erarbeitet.*

Für Rückfragen stehen Vorstand und Experten jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Mathias Freund  
Geschäftsführender Vorsitzender

Prof. Dr. med. Diana Lüftner  
Vorsitzende

Prof. Dr. med. Martin Wilhelm  
Mitglied im Vorstand - Sekretär