

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/14449 –**

Stationäre Palliativmedizin und Fallpauschalen**Vorbemerkung der Fragesteller**

Die stationäre palliativmedizinische Versorgung soll ab 2014 verpflichtend über das pauschalierende Entgeltsystem der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) finanziert werden. Es gibt in der Öffentlichkeit (vgl. z. B. Münchner Merkur vom 2. Juli 2013) immer wieder Kritik an dieser geplanten Finanzierung. In der Palliativmedizin geht es um die Linderung der körperlichen und psychischen Symptome einer immer weiter fortschreitenden Erkrankung bei Patientinnen und Patienten mit nur noch kurzer Lebenserwartung. Die zugrundeliegenden Krankheiten können sehr unterschiedlicher Natur sein. Zwar gibt es Diagnosegruppen, die dem gerecht werden sollen, aber auch die Art und Intensität der Beschwerden, die individuelle Konstitution, die familiäre Situation und die noch zu erwartende Lebensdauer beeinflussen die notwendige Behandlungsdauer und den Aufwand.

Hier setzt die Kritik an. Im DRG-System gibt es eine pauschale Vergütung, die die Verschiedenheit der Palliativpatientinnen und -patienten nicht ausreichend abbildet. Wird unter DRG-Bedingungen eine gewisse Aufenthaltsdauer auf den Palliativstationen überschritten, dann ist dieser Fall wirtschaftlich nicht lukrativ für das Krankenhaus. Dies führt regelmäßig in Fällen, in denen eine längere Behandlungsdauer notwendig ist, als sie das DRG-System vorsieht, zu einer früheren Entlassung aus der Palliativstation, als aus Gründen der Menschlichkeit geboten wäre. Gegebenenfalls folgt dann einige Tage später eine erneute Einweisung.

Sicherlich ist auch der forcierte Ausbau der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und der Hospizversorgung notwendig. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass an eine Finanzierung der stationären Palliativversorgung der Anspruch gestellt werden muss, keine Anreize zu setzen, die in der letzten Phase des Lebens dem Gebot der Menschlichkeit widersprechen.

Der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr (FDP), wird in dem oben genannten Artikel zu diesem Problem folgendermaßen zitiert: „Angesichts insgesamt begrenzter Mittel wäre ein Finanzierungssystem problematisch, das keine Anreize für eine wirtschaftliche Mittelverwendung setzt.“ Die Frage-

*** Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.**

stellerinnen und Fragesteller bezweifeln, inwiefern ein Finanzierungssystem, das offensichtlich nicht auf die Palliativmedizin passt, zu einer wirtschaftlichen Mittelverwendung führen soll, geschweige denn zu einer guten Versorgung der Patientinnen und Patienten. Es drängt sich die Befürchtung auf, dass es hier nicht um eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel geht, sondern um eine möglichst billige Medizin, ohne Rücksicht auf die Konsequenzen in der Versorgungsqualität.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die gesetzlichen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung sehen vor, dass Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen oder aufgrund einer Häufung von schwerkranken Patienten im Fallpauschalsystem noch nicht sachgerecht vergütet werden, als sogenannte Besondere Einrichtungen zeitlich befristet aus der DRG-Vergütung ausgenommen werden können. Dies trifft insbesondere auch auf Palliativstationen zu. Für Besondere Einrichtungen werden die Entgelte individuell zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern vereinbart. Im Hinblick auf die Vergütung stationärer palliativmedizinischer Leistungen hat es in jüngster Zeit keine rechtlichen Neuregelungen gegeben. Insbesondere gibt es, anders als in der Vorbemerkung der Fragesteller dargestellt, keine gesetzliche Vorgabe für stationäre palliativmedizinische Einrichtungen, ab 2014 verpflichtend das DRG-Fallpauschalsystem anzuwenden. Sie können daher auch im Jahr 2014 als Besondere Einrichtungen vom Fallpauschalsystem ausgenommen werden.

Allerdings wird die Vergütung als Besondere Einrichtung schon seit Jahren nur von einem geringen Teil aller Palliativeinrichtungen praktiziert. Die deutliche Mehrheit der Krankenhäuser mit palliativmedizinischer Leistungserbringung rechnet ihre Leistungen im Rahmen des DRG-Vergütungssystems mit diagnosebezogenen Fallpauschalen und ergänzenden Zusatzentgelten ab. Das deutsche Fallpauschalsystem berücksichtigt differenziert aufwandsbeeinflussende Patientenkriterien. Dies ermöglicht auch für hochaufwändige medizinische Leistungen aufwandsgerechte Vergütungen, so dass die Vergütungssystematik keine vorzeitigen Entlassungen schwerkranker Menschen begründet.

Neben der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung haben Versicherte seit 2007 einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Die Leistung soll Palliativpatientinnen und -patienten mit einem besonderen Versorgungsbedarf ermöglichen, im häuslichen Umfeld zu sterben. Nach anfänglichen Umsetzungsschwierigkeiten kann mittlerweile von einer relativ guten Versorgungslage ausgegangen werden. Nach einer Erhebung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen waren bundesweit zum Ende des Jahres 2012 234 Verträge, zum Großteil kassenartenübergreifend, zur Gewährleistung der SAPV abgeschlossen. In Regionen ohne Vertrag erhalten die Versicherten die Leistung im Wege der Kostenerstattung.

1. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit die Ausgaben im Bereich der Palliativstationen, und wie haben sich diese in den letzten zehn Jahren verändert?
2. Wie viel der genannten Ausgaben der palliativmedizinischen Stationen wird nach Kenntnis der Bundesregierung durch Spendengelder aufgebracht?

Die Fragen 1 und 2 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In der Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung werden lediglich Ausgaben für die im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten und verordneten Leistungen sowie Zuschüsse zu stationären Hospizen und Ausgaben zur Förderung ambulanter Hospizdienste gesondert erfasst. Ausgaben für Palliativstationen werden hingegen nicht gesondert verbucht.

3. Wie viele Patientinnen und Patienten werden nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich auf Palliativstationen versorgt?
Wie hoch ist dabei die Anzahl der Erst- und der Folgeverordnungen?
4. Wie viele Menschen versterben nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich auf Palliativstationen in Deutschland?
6. Wohin wurden Patientinnen und Patienten, die auf Palliativstationen versorgt wurden, nach Kenntnis der Bundesregierung gegebenenfalls entlassen (Hospiz, Pflegeheim, nach Hause etc.)?

Die Fragen 3, 4 und 6 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die nachfolgende Übersicht gibt Auskunft über die Zahl der in Fachabteilungen für Palliativmedizin behandelten und verstorbenen Patientinnen und Patienten sowie darüber, wohin die Patientinnen und Patienten nach ihrer Behandlung entlassen wurden. Die Statistik sieht keine Differenzierung nach einer erstmaligen Krankenhausbehandlung oder einer Folgebehandlung vor.

DRG-Statistik¹⁾ 2005-2011
Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)
mit Behandlung in der Fachabteilung Palliativmedizin
nach dem Entlassgrund²⁾

Entlassgrund	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Anzahl						
Insgesamt	11.584	15.073	16.479	18.534	21.958	25.447	27.534
Behandlung regulär beendet	5.802	7.899	8.769	9.419	9.922	10.432	10.899
Sonstiger Entlassungs-/Verlegungsgrund ³⁾	142	97	70	97	136	170	147
Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	25	34	44	51	55	53	75
Verlegung in ein anderes Krankenhaus/ zur psychiatrischen Behandlung	199	255	265	287	331	411	430
Tod	4.739	5.839	6.409	7.511	9.956	12.351	13.592
Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtungen	38	34	52	52	63	75	84
Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	205	308	271	335	528	681	807
Entlassung in ein Hospiz	434	607	599	782	967	1.274	1.500

1) Die Erhebung erstreckt sich auf alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen.
2) Die Entlassung muss nicht spezifisch in der o.g. Fachabteilung erfolgt sein. Die Patienten können mehrere Fachabteilungen durchlaufen.
3) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (bei tagesbezogenen Entgelten), Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen, interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen.

Quelle: Statistisches Bundesamt, DRG-Statistik.

5. Welche Versorgungsalternativen zur stationären Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten stehen derzeit zur Verfügung, und ist in diesen Bereichen eine ausreichende und flächendeckende Versorgung gewährleistet?

Neben der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung haben Versicherte seit 2007 einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V). Die Leistung soll Palliativpatientinnen und -patienten mit einem besonderen Versorgungsbedarf ermöglichen, im häuslichen Umfeld zu sterben. Nach einer Erhebung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen waren bundesweit zum Ende des Jahres 2012 234 Verträge zur Gewährleistung der SAPV abgeschlossen. Zum Großteil sind die Verträge kassenartenübergreifend abgeschlossen. In Regionen ohne Verträge erstattet die Krankenkasse den Versicherten die Kosten für die selbstbeschaffte Leistung.

Darüber hinaus haben Versicherte einen Anspruch auf Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen. Ambulante Hospizdienste erhalten einen Zuschuss zu den Personalkosten.

7. Wie viele Menschen sterben nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich in stationären Hospizen im Vergleich zu Palliativstationen in Krankenhäusern oder ambulant palliativmedizinisch betreut in der Häuslichkeit?

Die amtliche Todesfallstatistik enthält keine umfassenden Informationen zum Sterbeort.

8. Wie lange werden Patientinnen und Patienten nach Kenntnis der Bundesregierung durchschnittlich auf Palliativstationen versorgt, und gibt es einen Unterschied zwischen Erst- und Folgeverordnung?

Nach der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes betrug die durchschnittliche Verweildauer von vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten in Palliativabteilungen von DRG-Krankenhäusern im Jahr 2011 9,8 Tage. Eine Differenzierung nach einer erstmaligen vollstationäre Behandlung bzw. einer Folgebehandlung nimmt die DRG-Statistik nicht vor.

9. Sieht die Krankenhausfinanzierung nach Kenntnis der Bundesregierung explizit vor, dass potentiell unwirtschaftliche bzw. finanziell defizitäre Bereiche von Krankenhäusern, wie beispielsweise die stationäre palliativmedizinische Versorgung, durch Spenden oder anderweitig quer finanziert werden müssen (bitte begründen)?

Nein. Das Krankenhausfinanzierungsrecht sieht vor, dass Krankenhäuser – neben der Investitionskostenfinanzierung – dadurch wirtschaftlich gesichert werden, dass sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

10. Ist nach Einschätzung der Bundesregierung die Finanzierung der palliativmedizinischen stationären Versorgung vollständig aus der derzeitigen Krankenhausfinanzierung gesichert, und wenn nein, sieht die Bundesregierung hier gesetzgeberischen Handlungsbedarf (bitte begründen)?

Die Mehrheit der Krankenhäuser mit palliativmedizinischer Leistungserbringung rechnet ihre Leistungen im Rahmen des Fallpauschalensystems ab. Die jeweiligen Entgelte werden jährlich vom Institut für das Entgeltsystem im

Krankenhaus (InEK) auf der Grundlage von Ist-Kosten und Ist-Leistungsdaten deutscher Krankenhäuser kalkuliert und von den Selbstverwaltungspartnern vereinbart. Sofern Palliativstationen als Besondere Einrichtungen von der Anwendung des DRG-Systems ausgenommen sind, erfolgt die Vergütung der Leistungen durch Entgelte die zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern individuell vereinbart werden. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass diese Vereinbarungen der Entgelte auf Bundes- bzw. Ortsebene zu einer strukturellen Unterfinanzierung palliativmedizinischer Leistungen führen.

11. Ist es möglich, per Definition einzugrenzen, wie viel Zeit die Versorgung von Palliativpatienten – beispielsweise anhand von Phasen des Sterbens – insgesamt in Anspruch nimmt, und lässt sich daraus eine Limitierung der entsprechenden Finanzierungsgrundlage der Versorgung ableiten?

Die Dauer der jeweils individuell erforderlichen palliativen Versorgung vorab einzugrenzen, ist nicht möglich. Das geltende Krankenhausfinanzierungsrecht sieht bei der Finanzierung von palliativmedizinischen Leistungen – ebenso wie in den anderen Leistungsbereichen – keine zeitliche Limitierung vor. Für Patientinnen und Patienten, die die jeweilige obere Grenzverweildauer der für ihre Behandlung abzurechnenden Fallpauschale überschreiten, erhalten die Krankenhäuser für jeden Tag der Behandlung ein zusätzliches Entgelt. Die Höhe der Entgelte wird vom InEK auf der Grundlage von Ist-Kostendaten deutscher Krankenhäuser kalkuliert und spiegelt die durchschnittlichen Kosten der Behandlung von Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Fallgruppe wieder.

12. Gibt es nach Ansicht der Bundesregierung ausreichend Kapazitäten (Betten) im stationären palliativmedizinischen Versorgungsbereich, und wenn nein, welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, dem entgegenzuwirken?

In den Krankenhausplänen der Länder sind die Kapazitäten (Betten) im stationären palliativmedizinischen Versorgungsbereich in der Regel nicht gesondert ausgewiesen. Ob die vorhandenen Kapazitäten zur bedarfsgerechten stationären palliativmedizinischen Versorgung ausreichen, kann aus Sicht der Bundesregierung vor diesem Hintergrund nicht beurteilt werden. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung – auch für den Bereich der stationären palliativmedizinischen Versorgung – obliegt den Ländern. Die Bundesregierung hat hierauf keinen Einfluss.

13. Rechnet die Bundesregierung mit einer wirtschaftlichen stationären Palliativversorgung unter DRG-Bedingungen (bitte begründen)?

Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser mit palliativmedizinischer Leistungserbringung rechnet ihre Leistungen bereits derzeit im Rahmen des Fallpauschalsystems ab. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit palliativmedizinischen Leistungen in diesen Krankenhäusern unwirtschaftlich erfolgt.

14. Sind nach Ansicht der Bundesregierung die derzeitigen Verweildauern in der stationären Palliativmedizin im Krankenhaus zu lang, und wenn ja, weshalb werden diese als zu lang eingeschätzt?

Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die derzeitigen Verweildauern in der stationären Palliativmedizin im Krankenhaus zu lang sind.

15. Sind nach Ansicht der Bundesregierung die Anwendung von Grenzverweildauern in der palliativmedizinischen stationären Versorgung mit dem Gebot der Menschlichkeit vereinbar (bitte begründen)?

Die obere Grenzverweildauer gibt im Fallpauschalsystem den Tag an, ab dem ein Krankenhaus neben der Fallpauschale ein zusätzliches tagesbezogenes Entgelt abrechnen kann. Diese Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass Patientinnen und Patienten mit langen Verweildauern überdurchschnittlich hohen Aufwand im Krankenhaus verursachen. Die Zahlung zusätzlicher Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer ist daher sachgerecht und mit dem Gebot der Menschlichkeit vereinbar.

16. Wie zielführend ist nach Ansicht der Bundesregierung ein Entgeltsystem, welches nach Auffassung der Fragesteller diejenigen Palliativstationen wirtschaftlich bevorzugt, die eine möglichst kurze und wenig umfangreiche Palliativversorgung liefern?

Das geltende Fallpauschalsystem bevorzugt Palliativstationen mit einer möglichst kurzen und wenig umfangreichen Palliativversorgung nicht. Es setzt vielmehr Anreize für eine gute palliativmedizinische Versorgung. So können Krankenhäuser nur dann zusätzlich zu der Fallpauschale, die für die Behandlung der die Krankhauseinweisung auslösenden Erkrankung (Grunderkrankung) gezahlt wird, das Zusatzentgelt „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ abrechnen, wenn die Behandlung die im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-982 definierten Mindestmerkmale erfüllt. Erfüllt die palliativmedizinische Versorgung diese Mindestmerkmale nicht, hat das Krankenhaus keinen Anspruch auf das Zusatzentgelt.

17. Besteht durch die DRG-Finanzierung im stationären Palliativmedizinischen Bereich der Anreiz von medizinischen bzw. therapeutischen Verordnungen, die zwar abrechenbar sind, aber für eine palliativmedizinische Versorgung eher ungeeignet erscheinen?

Für die palliativmedizinische Versorgung ist neben der Fallpauschale für die Behandlung der Grunderkrankung lediglich das Zusatzentgelt „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ abrechenbar. Voraussetzung hierfür ist, dass die palliativmedizinische Behandlung die im OPS 8-982 definierten Mindestmerkmale erfüllt. Es gibt keinen Anlass zu der Annahme, dass eine entsprechende Behandlung für die palliativmedizinische Versorgung ungeeignet wäre. Vielmehr setzt das Zusatzentgelt einen Anreiz für eine gute palliativmedizinische Versorgung.

18. Welche Vor- und Nachteile sieht die Bundesregierung in Alternativen der DRG-Finanzierung für die besonderen Behandlungsformen von Patientinnen und Patienten, welche sich nicht standardisieren lassen, wie beispielsweise eine tagesbasierende Finanzierung unter Berücksichtigung patientenindividueller Schweregrade?

Das geltende Recht umfasst die Möglichkeit, dass Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen oder aufgrund einer Häufung von schwerkranken Patienten im Fallpauschalsystem noch nicht sachgerecht vergütet werden, als sogenannte Besondere Einrichtungen zeitlich befristet aus der DRG-Vergütung ausgenommen werden können. Die Vergütung erfolgt dann durch krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte. Hierdurch kann ggf. besonderen Bedingungen vor Ort Rechnung getragen werden.

19. Welche Möglichkeiten stehen für die Weiterversorgung von Palliativpatientinnen und -patienten zur Verfügung, welche die Grenzverweildauer überschritten haben, für die aber weder eine Weiterversorgung zu Hause noch in einem Hospiz möglich sind?

Das Erreichen der oberen Grenzverweildauer hat nicht die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten aus dem Krankenhaus zur Folge. Das Erreichen der oberen Grenzverweildauer führt lediglich dazu, dass das Krankenhaus neben der Fallpauschale ein zusätzliches tagesbezogenes Entgelt abrechnen kann.

20. Wie wird eine zusätzliche Qualität (z. B. für Musiktherapieangebote) im DRG-System zusätzlich vergütet?

Damit ein Krankenhaus zusätzlich zu der Fallpauschale, die für die Behandlung der Grunderkrankung anzusetzen ist, auch das Zusatzentgelt „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ abrechnen kann, muss die Behandlung die im OPS 8-982 definierten Mindestmerkmale erfüllen. Diese Mindestmerkmale umfassen auch den Einsatz von mindestens zwei speziellen Therapiebereichen. Zu den Therapiebereichen zählt explizit auch die Kunst- und Musiktherapie. Sofern die Behandlung die Mindestmerkmale nicht erfüllt, kann nur die Fallpauschale, nicht jedoch das Zusatzentgelt abgerechnet werden. Insoweit wird zusätzliche Qualität bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit palliativ-medizinischen Leistungen im Fallpauschalsystem zusätzlich vergütet.

elektronische Vorab-Fassung