

Vergütung von Leistungen der Sterbebegleitung - eine ökonomische Analyse

~

Hilko Holzkämper

Arbeitspapier

Wolfsburg, Oktober 2018

veröffentlicht in: OPUS online

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	2
1. Einleitung.....	3
2. Ambulante Versorgungsformen sterbender Patienten	5
2.1 Versorgungsformen AAPV und SAPV.....	5
2.2 Leistungserbringer.....	7
2.3 Finanzierung ambulanter Palliativversorgung	8
3. Stationäre Versorgungsformen für sterbende Patienten	10
3.1 Krankenhäuser	11
3.1.1 Vergütung der Leistungen	12
3.1.2 Investitionsfinanzierung	14
3.1.3 Vergütung von Leistungen der Sterbebegleitung	14
3.2 Pflegeheime	17
3.2.1 Vergütung der Leistungen	17
3.2.2 Investitionsfinanzierung	18
3.2.3 Vergütung von Leistungen der Sterbebegleitung	19
3.3 Stationäre Hospize	20
3.3.1 Finanzierung durch Kranken- und Pflegekassen.....	23
3.3.2 Finanzierung durch Eigenmittel	26
4. Vergleichende Analyse.....	28
4.1 Spezifische Besonderheiten der jeweiligen Vergütungsformen	28
4.2 Finanzielle Belastung der Patienten.....	30
4.3 Reformoptionen der Finanzierungssysteme.....	32
5. Schlussbetrachtungen.....	36
Literaturverzeichnis	37
Gesetze, Verordnungen, Vereinbarungen.....	40

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anzahl von SAPV-Verordnungen	S. 6
Abb. 2: Ärzte mit Zusatzausbildung Palliativmedizin	S. 8
Abb. 3: Entwicklung SAPV-Verträge (inkl. Verträge der integrierten Versorgung)	S. 9
Abb. 4: Anzahl stationärer Hospize und Palliativstationen	S. 11
Abb. 5: DRG-Vergütung in Abhängigkeit der Verweildauer	S. 13
Abb. 6: Hospize - Bettenanzahl pro 1 Mio. Einwohner	S. 21
Abb. 7: Einrichtungseinheitliche Eigenanteile nach Bundesländern, in Euro	S. 31

1. Einleitung

Die Art, der Umfang und die Qualität der Sterbebegleitung variiert erheblich in Abhängigkeit des jeweiligen Sterbeortes. In Deutschland ist die Datenlage bezüglich des Alters, Geschlechts und Todesursache zwar sehr präzise, der Sterbeort dagegen wird statistisch nur zum Teil erfasst, so dass teilweise lediglich Schätzungen vorliegen. Im Jahr 2016 sind in Deutschland 911.000 Menschen verstorben. Statistisch erfasst wurden die Sterbefälle in Krankenhäusern, die mit 419.400 Sterbefällen rund 46% ausmachen und damit den größten Anteil haben.¹ Von den im Krankenhaus verstorbenen wiederum sind schätzungsweise zwischen 5% und 8% auf einer speziellen Abteilung für unheilbar Schwerkranke, der Palliativstation, verstorben. Die palliative Versorgung oder etwa die Übertragung des Hospiz-Ansatzes auf Krankenhäuser ist bislang ungenügend umgesetzt, wenn der Großteil der Sterbenden auf Normalstationen betreut wird. Über 80% der Akutkrankenhäuser verfügen nicht über eine Palliativstation.

Stationäre Hospize sind spezialisierte Einrichtungen für Sterbebegleitung. Sie sind für Menschen, die an einer tödlichen Erkrankung im Endstadium leiden. Die Intensität und Spezifität der Betreuung und Pflege führt häufig dazu, dass diese in der häuslichen Umgebung oder im Pflegeheim nicht möglich ist. Zugleich ist eine Krankenhausbehandlung mangels Heilungsmöglichkeiten nicht erforderlich. Hier finden etwa 3% der Todesfälle statt. Im Rahmen der Neuregelung der Sterbehilfe und damit des § 217 StGB, hat der Gesetzgeber beschlossen, die palliative und Versorgung in Hospizen auszuweiten und zu verbessern, so dass der Anteil, künftig steigen dürfte.

Altenheime, Altenwohnanlagen und Wohnstifte sind Wohnformen am Lebensende unter möglichst weitgehender Beibehaltung des bisherigen Lebensstils. Sie bieten zwar häufig ergänzende Leistungen ambulanter Pflege an und haben bisweilen auch Kooperationen mit stationären Pflegeheimen, sind aber von diesen abzugrenzen. Pflegeeinrichtungen sind bereits auf die Pflegebedürftigkeit und damit auf eine eingeschränkte Lebensweise, verbunden mit differierendem Pflegebedarf der Bewohner, ausgerichtet. Auf diese Institutionen entfallen insgesamt etwa 30% aller Todesfälle.²

In der eigenen Wohnung oder der von pflegenden Angehörigen sterben rund 20%, zumeist unter Einschaltung eines ambulanten Pflegedienstes und/oder einer ambulanten palliativen Versorgung. Insgesamt zeigt die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte einen stetigen Trend zur Hospitalisierung des Sterbens. Gründe sind u.a. die Verschiebung von Todesursachen (steigender Anteil von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen), eine stetig gesunkene durchschnittliche Haushaltgröße (70% der Bevölkerung leben in Ein- oder Zweipersonenhaushalten) sowie weniger Kinder und eine gestiegene Mobilität, wodurch das Heimpflegepotenzial schrumpft.

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018)

² Vgl. Bertelsmann Stiftung (2015a), S.2

So gibt es zusammenfassend für einen absehbaren Sterbeprozess folgende Formen der Versorgung und Betreuung:

- Krankenhaus: auf der Normalstation oder einer Palliativstation
- Hospiz: ausgerichtet auf Erwachsene oder Kinder/Jugendliche
- Alteneinrichtungen oder Altenpflegeheime
- eigene Wohnung oder die von pflegenden Angehörigen

Dabei sind der Umfang und die Qualität sterbebegleitender Maßnahmen je nach Betreuungsform sehr unterschiedlich. Ist es der konstituierende Zweck von Hospizen, sterbende Menschen optimal zu versorgen und zu betreuen, ist ein absehbar Sterbender in der finalen Phase auf einer Normalstation eines Krankenhauses grundsätzlich betrachtet eine „Fehlbelegung“. Das Problem sind zumeist indes mangelnde Alternativen. Umfang und Qualität sterbebegleitender Maßnahmen in einem Pflegeheim, einer Alteneinrichtung oder daheim, sind wiederum stark abhängig davon, ob überhaupt eine Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) oder sogar eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) vorhanden sind. Mithin ist auch wichtig, ob das Angebot ambulanter Palliativ- oder Hospizdienste ausreichend ist.

Grundlegende Änderungen in der Palliativversorgung sollten durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) von 2015 herbeigeführt werden. Die Versorgung soll flächendeckend ausgebaut werden und so mehr betroffenen Menschen zur Verfügung stehen. Die Palliativversorgung soll Teil der Regelversorgung sein: „Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten“ (§ 27 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Versicherte haben damit einen Rechtsanspruch auf eine palliative Versorgung als Teil der Krankenbehandlung.

Abgesehen von der grundsätzlichen Problematik, dass die medizinische Versorgungssituation sich in ländlichen Regionen verglichen mit Städten bislang zunehmend verschlechtert, hat ferner die Art und der Umfang der jeweiligen Vergütung von Maßnahmen der Sterbebegleitung erhebliche Auswirkungen auf Quantität und Qualität des Angebots. Während z.B. die Investitionskosten eines Krankenhauses vom Land gefördert werden, muss die Immobilie eines Hospizes durch den Träger selber (zumeist über Spenden) finanziert werden. Ein sterbender Bewohner eines Pflegeheimes muss i.d.R. einen Teil der Investitionskosten tragen und hat zudem über die Unterstützung durch die Pflegekasse hinaus einen Eigenbeitrag zu leisten, für einen Hospizbewohner dagegen, ist kein Eigenbeitrag vorgesehen.

Mit der vorliegenden Analyse erfolgt eine systematische Analyse der Vergütung der erbrachten Leistungen der Sterbebegleitung in den jeweiligen Institutionen und im eigenen Wohnumfeld.³ Unterschiede sollen hinsichtlich der Art und Höhe der Vergütung, des Eigenanteils der Betroffenen und der damit verbundenen Anreizwirkungen und Auswirkungen auf den Versorgungsumfang und die Qualität dargelegt werden. Schlussendlich werden Reformoptionen bzgl. der Finanzierungssystematik entwickelt, die eine in der Breite verbesserte, hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung befördern.

³ Die etwa 15-20% der Menschen, die in Folge von Unfällen, unerwartetem Herztod u.a. plötzliche versterben, finden in der Analyse mithin keine Berücksichtigung. Vgl. Weihrauch, B. (2016), S. 301

2. Ambulante Versorgungsformen sterbender Patienten

Der weit überwiegende Teil der Bürger möchte, befragt nach dem möglichen Ort, am liebsten im gewohnten Umfeld daheim versterben. Dies ist auch konform mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, welcher für medizinische und pflegerische Leistungen gesetzlich verankert ist (§ 13 SGB XII). Ist der Sterbeprozess insbesondere durch Erkrankung unabwendbar, ist eine entsprechende palliative Betreuung erforderlich.

In der Literatur, in Gesetzestexten und Regierungsbeschlüssen finden sich unterschiedliche Terminologien für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung. Der Begriff der „Palliativmedizin“ begrenzt das Spektrum der Palliativversorgung weitgehend auf die medizinischen Aspekte. So versteht man unter Palliativmedizin die Behandlung von Patienten, die auf kurative Behandlung nicht mehr ansprechen, an einer fortgeschrittenen Erkrankung leiden und nur eine begrenzte Lebenserwartung haben. Im Fokus der Palliativmedizin steht die Lebensqualität, nicht eine Verlängerung der Überlebenszeit.

Weitergehend ist der Begriff der „Palliative Care“, der durch die WHO wie folgt definiert wird: „Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“⁴

Im Deutschen wird der Begriff der „Palliativversorgung“ zunehmend in der Gesetzgebung und dem Gesundheitssystem verwendet und steht für jegliche Aktivitäten in der Betreuung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender, um ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen.⁵ In weit überwiegender Zahl sind es Tumorpatienten. Durch das fortgeschrittene Stadium der Erkrankung, ist es wahrscheinlich, dass kurzfristig Verschlechterungen oder Krisen eintreten können, die eine schnelle Behandlung erfordern. So zielt die Palliativversorgung darauf ab, Beschwerden und Symptome zu lindern, unnötige Belastungen durch Untersuchungen und Behandlungen zu vermeiden und die Erkrankten ärztlich, pflegerisch, psychosozial und spirituell zu begleiten. Ziel ist es ferner, die bestmögliche Lebensqualität für den Patienten sowie seine An- und Zugehörigen zu sichern.

2.1 Versorgungsformen AAPV und SAPV

Anhand des Behandlungs- und -Betreuungsaufwands wird zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung unterschieden. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) entspricht der palliativmedizinischen Basisversorgung. Sie ist für Patienten bestimmt, die an nicht heilbaren und fortgeschrittenen Krankheiten leiden und eine regelmäßige pflegerische, ärztliche und psychosoziale Betreuung benötigen. Sie wird vom Krankenhaus- oder Vertragsarzt verordnet und muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Die Erbringung

⁴ WHO (2002), o.S.

⁵ Vgl. Breuer, C./Happe, K. (2015), S. 11.

dieser Leistung kann durch ambulante Pflegedienste unter Mitwirkung von Haus- und Fachärzten sowie Hospizdiensten und anderen Kooperationspartnern erfolgen. Die große Mehrheit der Patienten ist hierdurch ausreichend versorgt. Lediglich etwa zehn Prozent benötigten aufgrund der komplexen Symptome mit besonders aufwändigem Betreuungsbedarf das Angebot einer spezialisierten ambulanten Versorgung (SAPV).⁶

Die SAPV kommt somit dann zum Einsatz, wenn durch die AAPV keine befriedigende Symptomkontrolle oder Leidensminderung erreicht werden kann, da eine besonders aufwendige Versorgungssituation vorliegt, die die Kapazitäten der AAPV übersteigt. Patienten mit entsprechenden Voraussetzungen, haben einen gesetzlichen Anspruch auf diese besonders aufwendige Versorgungsform. Auch hier sind eine ärztliche Verordnung und Genehmigung durch die Krankenkassen Voraussetzung. Den gleichen Anspruch haben Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anforderungen an die Verordnung von der SAPV in einer Richtlinie geregelt (§ 37b Abs. 3 SGB V). Anforderungen an die Leistungserbringung hat der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung weiterer Akteure in eigenen Empfehlungen geregelt (§ 132d Abs. 2 SGB V).

Die SAPV ist ambulant oder stationär möglich. Sie umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Das setzt eine enge Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegediensten und Seelsorgern in einem sog. Palliative Care Team (PCT) voraus und gewährleistet so eine optimale palliative Betreuung. Die Anzahl der SAPV-Verordnungen ist in den vergangenen Jahren drastisch angestiegen, auf über 96.000 im Jahre 2016.

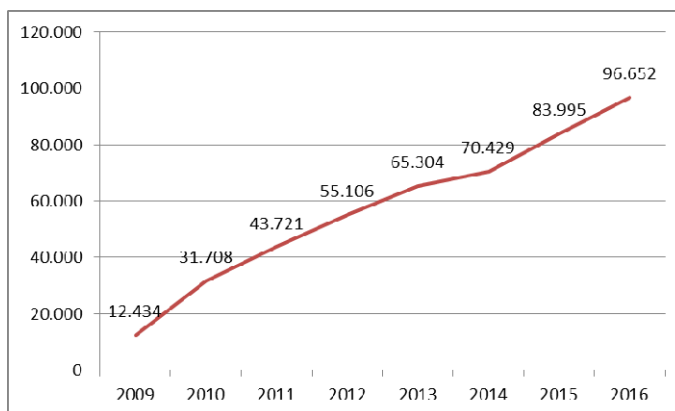


Abb. 1: Anzahl von SAPV-Verordnungen

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018)

Ziel der SAPV ist, auch den Patienten eine Betreuung zu Hause zu ermöglichen, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen. Eingeschlossen sind die Koordination von Leistungserbringern und Leistungen, vor allem der Schmerztherapie und Symptomkontrolle.⁷ Insbesondere Krebspatienten erhalten Leistungen der SAPV.

⁶ Vgl. Müller, D./Wistuba, B. (2014), S. 21.

⁷ Vgl. Müller, D./Wistuba, B. (2014), S. 22.

2.2 Leistungserbringer

Insgesamt sind in Deutschland mehr als 100.000 Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich in der Arbeit für schwerstkranke und sterbende Menschen engagiert. Die Art der Leistungserbringer ist sehr vielfältig.

Eines der Kernziele von Hospizen besteht unmittelbar darin, den sterbenden Menschen eine Betreuung bis zum Lebensende daheim zu ermöglichen. Erst wenn eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist, kommt ein Aufenthalt in einem stationären Hospiz in Betracht, womit deutlich wird, dass der Schwerpunkt der Hospizarbeit in der ambulanten Versorgung liegt. Die ambulanten Hospizdienste ermöglichen ein vollständiges Betreuungsangebot im Hause des Sterbenden. Zu den Minimalanforderungen gehören ein Bereitschaftsdienst, der 24 Stunden pro Tag verfügbar ist, Helfer, die Kenntnisse, Erfahrungen und Möglichkeiten der Symptomkontrolle, insbesondere der Schmerztherapie, haben, sowie die Verfügbarkeit eines ausreichenden Entlastungsangebots für die Familien. Das Team der ambulanten Betreuung verfügt i.d.R. über ehren- sowie hauptamtliche Mitarbeiter.⁸ Die Voraussetzung für eine ambulante Pflege ist eine feste Bezugsperson oder mehrere Personen, die im Haushalt des Sterbenden wohnen.

Die Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste hat sich seit 1996 mehr als verdreifacht. 2016 waren über 1.500 ambulante Einrichtungen einschließlich der Dienste für Kinder und Jugendliche aktiv. Dabei sind in die Versorgung der Patienten jeweils unterschiedliche Dienstleister, wie Hausärzten, Pflegedienste, Brückenschwestern, Nachbarschaftshilfe, Seelsorger, Sozialarbeiter und Therapeuten, kooperativ eingebunden. Hinzu kommen 326 Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, die Palliativ Care Teams (PCT).⁹

In der Palliativversorgung tätige Ärzte müssen über spezifische Qualifikationen verfügen. Seit 2014 müssen Medizinstudenten, die ihr 2. Staatsexamen ablegen, verbindliche Leistungsnachweise im Fach Schmerz- und Palliativmedizin erbringen. Zudem haben alle Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, eine Zusatz-Weiterbildung im Fach Palliativmedizin zu machen. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzausbildung Palliativmedizin ist von 100 im Jahr 2005 auf nahezu 12.000 im Jahr 2017 gestiegen.¹⁰

⁸ Vgl. Student J.C./Student, U./Mühlum, A. (2007), S. 87.

⁹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018)

¹⁰ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018), Internet

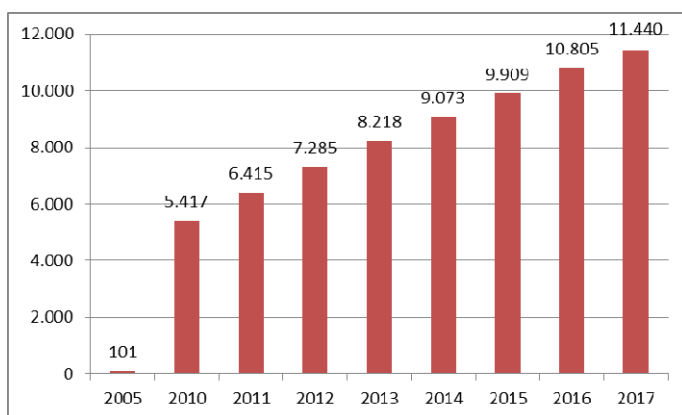


Abb. 2: Ärzte mit Zusatzausbildung Palliativmedizin

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018)

Eine flächendeckende Versorgung mit Leistungen der SAPV besteht indes noch nicht. Die Ursachen für eine nicht ausreichende Versorgung bestehen zumeist in fehlenden ausreichend qualifizierten Fachkräften, in Flächenregionen erfolgt eine Vernetzung von Leistungserbringern nicht, in ländlichen Regionen ist eine wirtschaftliche Leistungserbringung aufgrund geringer Fallzahlen und langer Wegstrecken nur schwer zu organisieren und in manchen Regionen besteht ein Mangel an Leistungserbringern, die überhaupt einen Vertragsabschluss anstreben.¹¹

2.3 Finanzierung ambulanter Palliativversorgung

Durch das HPG wurde in § 37 Abs. 2a SGB V explizit festgelegt, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch die ambulante Palliativversorgung umfasst. Bereits seit dem Jahr 2007 haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf SAPV, sofern sie zum einen dieselben Voraussetzungen wie für die AAPV erfüllen und zum anderen eine besonders aufwendige Versorgung benötigen. Details zu den Anspruchsvoraussetzungen der Patienten auf SAPV ergeben sich aus der SAPV-Richtlinie des GBA. Zudem müssen sie an einer derart weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass den Patienten nur noch eine begrenzte Lebenszeit zur Verfügung steht (§ 2 Abs. 1, 2 SAPV-RL). Eine Erkrankung gilt dann als nicht heilbar, wenn Behandlungsmaßnahmen nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht zur Beseitigung dieser führen kann (§ 3 Abs. 1 SAPV-RL). Als fortschreitend wird eine Krankheit bezeichnet, wenn deren Verlauf nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht dauerhaft aufgehalten werden kann (§ 3 Abs. 2 SAPV-RL). Wurde die verbleibende Lebenserwartung des Patienten von Ärzten auf Tage, Wochen oder Monate eingeschätzt und steht die Verbesserung von Symptomatik, Le-

¹¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (2017), S. 31

bensqualität sowie psychosoziale Betreuung im Vordergrund, wird von einer weit fortgeschrittenen Erkrankung gesprochen.

Leistungen der AAPV werden über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch die Ärzte abgerechnet, sie basieren mithin auf einem Kollektivvertrag. Dabei wurden ab Oktober 2017 mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen, worauf sich die KBV und der GKV-Spitzenverband geeinigt haben (Anlage 30 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Zu den ergänzten EBM-Leistungen gehören die palliativmedizinische Ersterhebung und die Koordination der medizinischen und pflegerischen Versorgung der schwerstkranken Patienten. Auch der Zeitaufwand für längere Hausbesuche, Fallkonferenzen sowie die Erreichbarkeit des Arztes in kritischen Phasen werden vergütet. Ein weiterer Bestandteil des ergänzten EBM ist eine Pauschale für die konsiliarische Erörterung komplexer Fragestellungen. Die Honorierung dieser palliativmedizinischen Leistungen erfolgt extrabudgetär zu festen Preisen, d.h. Mehrleistungen führen ohne Abschläge zu höheren Einnahmen der Ärzte. Ärzte wiederum benötigen für die Abrechnung bestimmter Leistungen, zum Beispiel der Koordinationspauschale, eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

Die Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung erfolgt von Vertragsärzten oder Krankenhausärzten. Auch die Leistungen der SAPV können zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, allerdings nur durch spezialisierte Leistungserbringer, den Palliativ Care Teams (PCT). Diese schließen mit den gesetzlichen Krankenversicherungen einen Selektivvertrag nach § 132d SGB V.

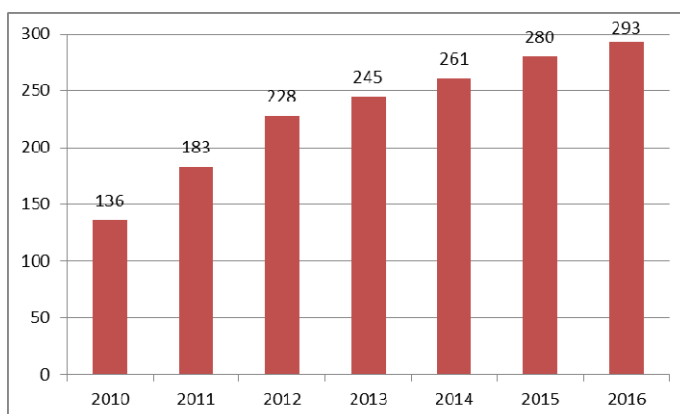


Abb. 3: Entwicklung SAPV-Verträge (inkl. Verträge der integrierten Versorgung)

Quelle: GKV-Spitzenverband (2017)

Die Krankenkassen sollen Verträge zur SAPV abschließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Eine SAPV-Versorgung ist dann bedarfsgerecht, wenn sie wohnortnah ausgerichtet ist und die Palliativpatienten mit besonderem Versorgungsbedarf ausreichend und zweckmäßig mit der Leistung der SAPV versorgt werden können. Der Versorgungsbedarf ist in einzelnen Regionen unterschiedlich. Die in der Graphik dargestellte Entwicklung mit deutlich geringeren Zuwächsen bei den Vertragsabschlüssen in den letzten Jahren, deutet auf einen zunehmend flächendeckenden Strukturaufbau hin. Ein Anspruch

auf Vertragsabschluss besteht nicht. Anders als GKV-Versicherte, haben privat Krankenversicherte bisher keinen Anspruch auf SAPV und müssen diese gesondert beantragen.

Die Vergütung der SAPV erfolgt auf Grundlage der SAPV-Verträge zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern. Das PCT rechnet direkt mit den Krankenkassen ab, wobei sie über ein Institutskennzeichen verfügt. Je nach Bundesland vereinbaren PCTs mit den Kostenträgern zumeist Vergütungen auf Basis von Pauschalen, bisweilen werden aber auch Einzelleistungen zugrunde gelegt. Ärzte, die in einem Palliativ Care Team als Teammitglied tätig sind, rechnen ihre erbrachten Leistungen intern mit dem Team ab.

Da es sich bei den Leistungen der PCT um eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung einschließlich von Koordinierungsanteilen handelt, sind sie nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Die Leistungen gehen bezogen auf Art und den Umfang über die vertragsärztliche Versorgung hinaus und sind nicht budgetiert.

3. Stationäre Versorgungsformen für sterbende Patienten

In Deutschland wird zwischen stationären Hospizen und Palliativstationen unterschieden. Palliativstationen befinden sich in einem Krankenhaus selbst oder sind unmittelbar an ein Krankenhaus angegliedert. Die ärztliche Versorgung wird durch das Krankenhauspersonal sichergestellt.¹² Ein stationäres Hospiz hingegen ist eine eigenständige Einrichtung mit eigenständigem Versorgungsauftrag, in dem niedergelassene Ärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation für die ärztliche Versorgung der Patienten zuständig sind. Der Arzt ist in einem Hospiz indes nicht ständig vor Ort, sondern wird bei Bedarf gerufen. So wie zwischen Erwachsenen hospizen und Kinderhospizen unterschieden wird, gibt es auch allgemeine Palliativstationen und Kinderpalliativstationen in Krankenhäusern.¹³ Grundsätzlich besteht indes auch die Möglichkeit einer räumlichen Anbindung des Hospizes an andere Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie eines Krankenhauses oder Pflegeheimes. Träger von Hospizen sind private Vereine, kommunale Träger und kirchliche Einrichtungen sowie Stiftungen.

Wie in einem Hospiz, verfügt eine Palliativstation auch über ehrenamtliche Helfer, die den Tagesablauf begleiten. Sofern eine Besserung eintritt, können die Patienten auch von der Palliativstation nach Hause entlassen und durch ambulante Hospizdienste und ehrenamtliche Helfer weiter zu Hause betreut werden. In der Regel verbleiben die Patienten ca. 10 bis 14 Tage auf einer Palliativstation.¹⁴ Der Aufenthalt in einem Hospiz dauert meist länger und über 90% der Patienten versterben im Hospiz.¹⁵ Ziel einer Palliativstation ist eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ mit der Absicht den Gesundheitszustand des Patienten so zu verbes-

¹² Vgl. Seeger, C. (2014a), S. 159 f.

¹³ Vgl. Garske, D./Michel, E./Zernikow, B. (2013), S. 27 ff.

¹⁴ Vgl. o.V., (2015), S. 35.

¹⁵ Vgl. Weihrauch, B. (2016), S. 305

sen, beziehungsweise Symptome zu lindern, dass eine Entlassung nach Hause oder eine Verlegung in eine andere Pflegeinstitution möglich wird. Im Hospiz hingegen wird nicht mehr von einer Besserung ausgegangen. Hier ist es das Ziel, die letzten Tage so erträglich wie möglich zu machen. Dabei werden die Patienten sowohl medizinisch, psychologisch als auch spirituell betreut.¹⁶

Bundesweit gibt es rund 240 stationäre Hospize, einschließlich der stationären Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, sowie mehr als 300 Palliativstationen in Krankenhäusern.

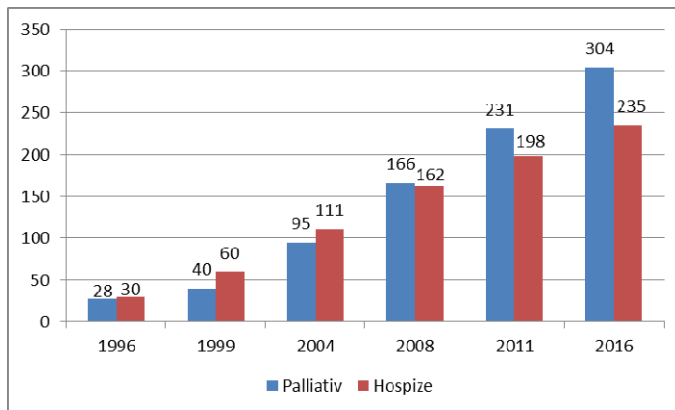


Abb. 4: Anzahl stationärer Hospize und Palliativstationen

Quelle: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2016), S. 4

Sowohl die Anzahl der stationären Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung als auch die der Palliativstationen in Kliniken ist seit Mitte der 90er Jahre stark angestiegen. Waren 1996 nur 28 Palliativstationen sowie 30 stationäre Hospize für Erwachsene verzeichnet, hat sich die Anzahl bis 2016 auf 304 Palliativstationen sowie 235 stationäre Hospize, einschließlich 17 stationärer Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene vervielfacht. Die Bettenanzahl auf Palliativstationen beträgt insgesamt 2.507; in stationären Hospizen 2.374, davon 2.231 Betten in Hospizen für Erwachsene und 143 Betten in jenen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.¹⁷

3.1 Krankenhäuser

Die maßgebliche Rechtsgrundlage für die Finanzierung ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972. Ziel des KHG ist es, Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung und Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten, um zu sozial tragbaren Pflegesätzen und damit einer Beitragssatzstabilität der GKV beizutragen (§ 1 KHG). Die so definierte staatliche Aufgabe einer bedarfsgerechten Versorgung ist mithin durch Steuergelder zu finanzieren. Daher besteht seither eine duale Finanzierung.

¹⁶ Vgl. Seeger, C. (2014b), S. 16.

¹⁷ Vgl. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2016), S. 4

Bei der dualen Finanzierung (§ 4 KHG) werden die Investitionen der Krankenhäuser in Gebäude, technisches Gerät u.a. Sachanlagevermögen durch die Bundesländer in Form von Zuschüssen finanziert. Die mit der Behandlung der Patienten verbundenen laufenden Betriebsausgaben werden hingegen von den Krankenkassen oder Selbstzahlern finanziert.

Mit der Übertragung des Versorgungsauftrags an die Länder wurde zugleich eine staatliche Planung erforderlich. So werden von den Sozialministerien der Bundesländer Krankenhausbedarfspläne (Landeskrankenhausplan) aufgestellt, mit dem Ziel, einer Bereitstellung von Kliniken in zumutbarer Entfernung und angemessener Qualität. Ist ein Krankenhaus im Krankenhausplan aufgenommen, hat es Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung und zugleich die Zulassung zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten, also einer Finanzierung der Betriebskosten durch die GKV. Es besteht dadurch aber auch ein Kontrahierungszwang für GKV-Patienten.

3.1.1 Vergütung der Leistungen

Die Betriebsausgaben der Kliniken werden seit 2004 durch spezifische Fallpauschalen vergütet. Bei den diagnosebezogenen Fallgruppen handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, in dem Patienten, anhand einer Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen und Prozeduren und weiteren Parametern zu einer handhabbaren Anzahl von medizinisch ähnlichen Fallgruppen mit vergleichbarem ökonomischem Aufwand (Ressourcenverbrauch) zusammengefasst werden. Sie bilden die Basis für die Leistungsabrechnung und umfassen rund 90% der Leitungsvergütung der Kliniken.

Die DRG sind leistungsorientiert, d.h. die Krankenhausleistung wird nicht mehr überwiegend nach Verweildauer (wie vorher durch tagesgleiche Abteilungspflegesätze) vergütet, sondern nach erbrachtem Leistungsumfang. Sie sind aber zugleich pauschalierend, denn abgerechnet werden nicht die tatsächlichen, individuellen Kosten eines Falles, sondern die durchschnittlichen (mittleren) Fallkosten einer Fallgruppe. Die Abbildung jedes medizinischen Einzelfalles kann und soll mit einem pauschalierenden Entgeltsystem nicht geleistet werden.

Alle Kliniken erhalten für die Behandlung des gleichen Krankheitsbildes das gleiche Geld, unabhängig davon, welchen diagnostischen und therapeutischen Aufwand sie betreiben (Ausnahme Psychiatrie, Psychosomatik). Ist eine Vergütung durch DRG's praktisch nicht möglich oder unsachgerecht (z.B. bei Spezialisierung, erheblicher Komplexität oder neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden), dann erfolgt eine Vergütung durch Zusatzentgelte, die i.d.R. zusätzlich zu einer DRG abgerechnet werden können.

Das maßgebliche Kriterium für die Bildung einer DRG ist die Hauptdiagnose. Sie ist ursächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes. Berücksichtigt werden aber auch Nebendiagnosen, die gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen oder sich während des Aufenthaltes entwickelt haben, sowie Operationen und Prozeduren, Alter, Geschlecht, Geburtsgewicht, Beatmungstunden und Entlassungsart.

Um von der DRG zu einer Vergütung zu kommen, wird jeder DRG ein Relativgewicht bzw. eine Bewertungsrelation (BWR) zugeordnet. Diese BWR spiegelt den Aufwand/die Kosten

der Behandlung in Relation zu den Kosten eines Durchschnittsfalls wider. Die BWR wird nun mit dem Landesbasisfallwert (LBF) multipliziert und ergibt dann die Summe der Vergütung. Der Landesbasisfallwert ist der Basispreis für die einzelnen DRG-Leistungen. Nach § 10 Abs. 1 KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien auf der Landesebene jährlich bis zum 30.11. den landesweiten Basisfallwert für das Folgejahr.

Die Vergütung durch DRG ist eine pauschale Einmalzahlung, losgelöst von den tatsächlichen Behandlungskosten. Damit hat das Krankenhaus einerseits einen Anreiz zur schnellen und damit kostengünstigen Behandlung, trägt aber andererseits ausschließlich das Behandlungskostenrisiko bei sehr komplexen Fällen. Aus diesem Grund wurden Grenzverweildauern (GVD) in die Vergütung eingeführt.

- Mittlere VD: Sie gibt an, für wie viele Belegungstage die Fallpauschale durchschnittlich kalkuliert ist und basiert auf medizinischen Erkenntnissen bzw. Daten.
- Untere GVD: Wird diese unterschritten, erfolgt ein tagesbezogener Abschlag bei der Vergütung. Sie ist orientiert an einer medizinisch sinnvollen Mindestverweildauer und soll verhindern, dass Kliniken die Patienten zu schnell entlassen, nur um Kosten zu sparen.
- Obere GVD: Wird diese überschritten, erhält das KH neben der Fallpauschale für jeden weiteren Belegungstag ein tagesbezogenes Entgelt. Damit erfolgt faktisch eine Kostenteilung zwischen Klinikum und Krankenkassen bei sehr komplexen Fällen.

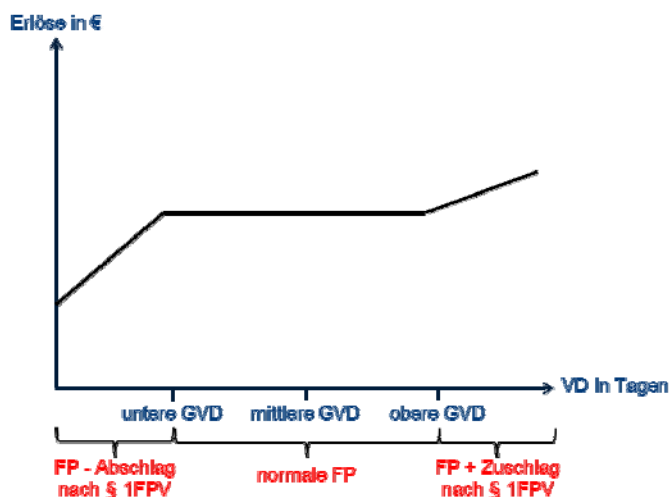


Abb. 5: DRG-Vergütung in Abhängigkeit der Verweildauer

Quelle: Holzkämper, H. (2018), S. 154

In dem jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aktualisierten Fallpauschalen-Katalog sind nun sämtliche Bewertungsrelationen für die einzelnen DRG's sowie die Grenzverweildauern und die damit verbundenen Abschlag- oder Zuschlagrelationen getrennt nach Hauptabteilungen und Belegabteilungen verzeichnet.

Schließlich sind die abrechenbaren Leistungen der Kliniken budgetiert. Die Budgets sind prospektiv, d.h. für das folgende Jahr im Voraus und für das ganze Haus, nicht für einzelne Fachrichtungen, mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Es verhandelt der einzelne Kran-

kenhausträger mit den Verbänden der Kassen, d.h. nach Kassenarten differierende Verträge sind nicht möglich. Vereinbart wird dabei eine bestimmte Menge an Bewertungsrelationen, die zu einem bestimmten Preis (Landesbasisfallwert) erbracht werden sollen. Die Budgetvereinbarung darf keine Leistungen vorsehen, die außerhalb des Versorgungsvertrages des Klinikums liegen.¹⁸

3.1.2 Investitionsfinanzierung

Ausgangspunkt der Krankenhausplanung ist eine Bedarfsanalyse, wobei zunächst räumlich abgegrenzte Versorgungsgebiete definiert werden müssen. Die Gewährleistung eines adäquaten Zugangs zu Gesundheitsleistungen erfordert sodann die Definition des qualitativen und quantitativen Leistungsangebots und Kriterien zur Messung (Zeitdauer, Entfernung) und eine (vorwiegend normative) Festlegung der Werte.

Ist ein Krankenhaus im Landeskrankenhausplan aufgenommen, was als Versorgungsvertrag gilt, werden in einem Feststellungsbescheid die wesentlichen Leistungsvorgaben, wie z.B. vorzuhaltende Fachabteilungen und Fachrichtungen, das Versorgungsgebiet und die Versorgungsstufe, Bettenzahl, Großgeräteausstattung oder die Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung dokumentiert. Der Investitionsbedarf eines Klinikums ergibt sich damit wesentlich aus diesen Strukturvorgaben. Dafür hat das Klinikum die Zulassung zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten, mithin Anspruch auf Finanzierung der Betriebskosten durch die GKV und Anspruch auf Investitionsförderung.

Die Investitionsförderung selbst kann über den Weg der Einzelförderung und Pauschalförderung erfolgen. Einzelförderung für größere Investitionen erfolgt auf Antrag des Krankenhausträgers (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG). Die Finanzministerien der Länder entscheiden über die Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel. Das Ergebnis ist ein Krankenhausinvestitionsprogramm.

Durch pauschale Fördermittel werden die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und kleine bauliche Maßnahmen finanziert. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Jahr 2009 hat der Gesetzgeber eine Weiterentwicklung der Förderung beschlossen. Statt Einzel- und Pauschalförderung können die Länder Investitionen auch über leistungsorientierte Investitionspauschalen (IBR) fördern. Die Anwendung der IBR ist indes freiwillig, so dass diese bisher nur die Länder Berlin und Hessen anwenden.¹⁹

3.1.3 Vergütung von Leistungen der Sterbebegleitung

Die Quote derjenigen, die im Krankenhaus versterben, beträgt etwa 45%. Dabei hat die Hospitalisierung des Sterbens in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Ursachen sind zum einen erheblich gewandelte Todesursachen. Während Infektionserkrankungen mit weniger als 5% der Todesursachen erheblich an Bedeutung verloren haben, ist der Anteil jener, die

¹⁸ Vgl. Holzkämper, H. (2018), S. 148ff

¹⁹ Vgl. Holzkämper, H. (2018), S. 183ff

an Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen versterben drastisch angestiegen. Gerade bei den Tumorerkrankungen ist die Häufigkeit von Klinikaufenthalten in der Sterbephase sehr hoch. Hinzu kommen stetig geschrumpfte Haushaltsgrößen und infolge gesteigerter Mobilität eine zunehmende räumliche Trennung von Eltern und Kindern. Die objektive Möglichkeit, einen schwerst erkrankten zu Hause zu versorgen ist mithin gesunken.²⁰

Entsprechend wurde auch die spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaussektor strukturell und finanziell weiterentwickelt. Die Palliativstationen sind spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung. In gut 300 von insgesamt knapp 2.000 Krankenhäusern gibt es Palliativstationen. Eine spezifische staatliche Bedarfsplanung für Palliativbetten gibt es nicht. Eine Empfehlung der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ empfiehlt eine Bedarfszahl von mindestens 35 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner.²¹

Ziel der Behandlung ist eine Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität, so dass schwerst erkrankte die ihnen verbleibende Lebenszeit möglichst in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können. Ist eine Entlassung nicht mehr möglich, steht das multiprofessionelle Team der Palliativstation dem Sterbenden und seinen Angehörigen zur Seite. Indes kommt die Bertelsmann Stiftung in einer Studie zu dem Ergebnis: „(...) der Anteil der im Krankenhaus verstorbenen älteren Menschen ist umso größer, je häufiger die Krankenhäuser eine spezialisierte palliativmedizinische Behandlung anbieten.“²² Mögliche Erklärungen sind, dass Patienten erst kurz vor ihrem Tode auf diese Stationen kommen oder man die Entlassung kurz vor dem Tode scheut, ggf. auch weil die ambulante Palliativversorgung nicht ausreichend ist.

In einzelnen Krankenhäusern, die nicht über Palliativstationen verfügen, kommen multiprofessionelle Palliativdienste hinzu. Ein Palliativdienst bietet eine Betreuung an, die sowohl eine kontinuierliche und frühzeitige palliativmedizinische Beratung als auch die ergänzende Mitbehandlung im Falle komplexer Symptome und Bedürfnisse umfasst. Gemäß der 2015 veröffentlichten „S3-Leitlinie Palliativmedizin“ sollte jedes Krankenhaus, das Patienten wegen einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandelt, einen Palliativdienst anbieten.

Eine allgemeine Palliativversorgung im Sinne einer breiten Basisversorgung in den Kliniken, ist nur rudimentär entwickelt,²³ dies, obwohl fast die Hälfte aller Menschen in Deutschland in Krankenhäusern sterben. Die meisten dieser Patienten versterben auf Allgemeinstationen im Krankenhaus, und nur ein Teil benötigt eine spezialisierte palliative Versorgung. Ob eine solche Versorgung dann auch zum Tragen kommt, ist faktisch nicht zwingend an der tatsächlichen Bedürftigkeit orientiert. „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

²⁰ Vgl. Allert, R. (2015), S. 444f

²¹ Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2005), S. 26

²² Bertelsmann Stiftung (2015a): S. 5

²³ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2015), S. 1

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.“²⁴ Besonders problematisch ist die Gewährleistung einer durchgehenden spezialisierten Palliativversorgung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, wenn Patienten aus der SAPV stationär aufgenommen werden müssen.

Eine systemisch gesonderte Finanzierung einer palliativen Versorgung für den größten Teil schwerstkranker und sterbender Menschen, in den Fachabteilungen und Allgemeinstationen im Rahmen der Regelversorgung, erfolgte bis 2016 nicht. Es existieren auch keine gesonderten Qualitätsmerkmale. Multiprofessionelle Palliativdienste könnten zwar eine spezialisierte Palliativversorgung leisten, dies setzte aber eine explizit zugewiesene Aufgabenstellung voraus und müsste bei der Finanzierung entsprechend berücksichtigt werden.²⁵

Änderungen bei der Finanzierung haben sich hier durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wie auch durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) ergeben. Im § 17b KHG Abs. 1 Satz 10 KHG werden Voraussetzungen, unter denen Palliativstationen oder -einheiten aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden können, definiert: „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; unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend.“²⁶ Die Vergütung erfolgt in den Besonderen Einrichtungen in Form von krankenhausesindividuell vereinbarten tagesgleichen Pflegesätzen.

Wenn das Krankenhaus keine eigenen palliativmedizinischen Strukturen vorhält und eine spezialisierte Palliativversorgung zur Ergänzung der allgemeinen Palliativversorgung für die Versorgung der jeweiligen Patientinnen und Patienten erforderlich ist, kann in den Krankenhäusern auch ein multiprofessionell organisierter Palliativdienst hinzugezogen werden, welcher auch durch Kooperationsvereinbarungen organisiert werden kann.

Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, erforderliche Kriterien für eine Leistungsbeschreibung der spezialisierten Palliativversorgung über Palliativdienste zu entwickeln. Auf dieser Basis soll es den Krankenhäusern ab 2019 möglich sein, Zusatzentgelte für die spezialisierte Palliativversorgung über Palliativdienste zu kalkulieren und abzurechnen. Die Höhe der krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte für Palliativdienste sind den Vertragsparteien auf Bundesebene mitzuteilen.

²⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2015), S. 2

²⁵ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2015), S. 2

²⁶ Die Regelungen für Palliativstationen, die als besondere Einrichtungen aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden sollen, wurden in der „Vereinbarung für Besondere Einrichtungen 2016 (VBE 2016)“ festgehalten.

Aktuell ist zur Förderung der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste, die Kalkulation eines Zusatzentgelts (ZE60.1-3) möglich. Voraussetzungen hierfür sind die Erfüllung definitorischer Mindestmerkmale einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung und das Überschreiten eines bestimmten Zeitraumes der Behandlung. Ferner werden im palliativ-onkologischen Kontext verabreichte Medikamente über dosisabhängige Zusatzentgelte zusätzlich zum DRG-Fallwert vergütet.

3.2 Pflegeheime

Pflegeheime sind stationäre, selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige, 1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und 2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können (§ 71 Abs. 2 SGB XI). Unter Pflegeeinrichtungen fallen alle die Einrichtungen, deren Hauptschwerpunkt auf der Erbringung von vollstationären Altenpflegeleistungen liegt. Dabei kann die Dienstleistungspalette der Einrichtung auch teilstationäre und ambulante Pflegeleistungen umfassen. Solange die stationäre Altenpflege den Schwerpunkt der betrieblichen Tätigkeit bildet, kann auch der Bereich des betreuten Wohnens integraler Bestandteil des Leistungsangebots sein.

Die Höhe der Leistungen, die Pflegeheimbewohner bekommen, richtet sich nach der Pflegebedürftigkeit des Patienten und wird seit dem 01.01.2017 aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes II nach fünf unterschiedlichen Pflegegraden berechnet. Die Einstufung der Pflegegrade übernimmt der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK).

3.2.1 Vergütung der Leistungen

Die Kosten der stationären Pflege werden zu 43% durch die soziale Pflegeversicherung (SPV) getragen, welche die Pflegekosten in Abhängigkeit des Pflegegrades bezuschusst. Sie zahlt die Leistungsbeträge direkt an das Pflegeheim, so handelt es sich für den Pflegebedürftigen um eine Sachleistung. Die privaten Haushalte finanzieren 41% der Kosten mittels ihres Eigenanteils. 11% der Kosten trägt die öffentliche Hand, vorwiegend durch die Hilfe zur Pflege. Die restlichen 5% der Kosten verteilen sich auf andere Finanzierungsträger.

Die Vergütung der Pflegeheime umfasst vier Komponenten, die dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt und teilweise durch die Pflegekassen bezuschusst werden:

1. Pflegevergütung (§ 82 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI): Bezahlung der Pflegeleistungen, die zur Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (allgemeine Pflegeleistungen) und der sozialen Betreuung sowie eine nötige medizinische Behandlungspflege, soweit diese nicht von der Krankenversicherung zu leisten ist. Die Pflegevergütung für Pflegeheime wird Pflegesatz genannt. Sie ist von den Pflegebedürftigen zu tragen und wird von den Pflegekassen bezuschusst, denn die Pflegekassen übernehmen die monatlichen Pflegekosten nur bis zu einem bestimmten

Höchstbetrag, je nach Pflegegrad. Die Zuschüsse für die jeweiligen Pflegegrade werden direkt zwischen Heim und Pflegeversicherung abgerechnet.

2. Entgelt für Unterkunft & Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI): Die sog. „Hotelkosten“ umfassen insbesondere die Zubereitung und das Bereitstellen von Speisen und Getränken, die Ver- und Entsorgung (Energie, Wasser, Abfall), die Reinigung der Einrichtung, die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, die Bereitstellung und Reinigung von Wäsche u.a. Die Kosten für Unterkunft & Verpflegung müssen vom Heim getrennt ausgewiesen werden. Sie werden per se nicht von den Pflegekassen übernommen, sind also von dem Heimbewohner selbst zu tragen.
3. Entgelt für Investitionskosten (§ 9 SGB XI): siehe 4.4
4. Entgelte für Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI): Besondere Komfortleistungen bei Unterkunft & Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen, die über die notwendigen Pflege- sowie Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen hinausgehen. Sie sind individuell vom Pflegebedürftigen wählbar und zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung schriftlich zu vereinbaren und vom Pflegebedürftigen zu tragen.

Die Vergütung der Heime ergibt sich aus der Belegung und den pro Tag zu verrechnenden Pflegesätzen. Diese sind prospektiv, also vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode, i.d.R. für ein Jahr (Pflegesatzzeitraum) mittels Pflegesatzverhandlungen zu vereinbaren. Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des Pflegeheimes und den Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger und die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe vereinbart.

Bis zur Einführung der Pflegegrade war der Eigenanteil je nach Pflegestufe unterschiedlich hoch. Hintergrund ist der mit der Pflegestufe ansteigende höhere Pflegebedarf, ein damit einhergehender höherer Personalbedarf und damit unterschiedlich hohe Kosten. Seit 2017 wird nunmehr im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen ein sog. einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) ermittelt. Soweit die Bewohner nicht in der Lage sind, den Eigenanteil zu finanzieren, kommen Sozialhilfeleistungen im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ in Betracht.²⁷

3.2.2 Investitionsfinanzierung

Die Finanzierung der Investitionen im Bereich der stationären Versorgung Pflegebedürftiger ist in Deutschland sehr komplex und in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt, zumeist im Landespflegegesetz. Anders als im Krankenhaussektor, gibt es keine staatliche Bedarfsplanung und damit auch keine durchgängige Investitionsförderung durch die Länder. Die Länder sind zwar verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur (§ 9 SGB XI). Durch das jeweilige Landesrecht kann aber bestimmt werden, ob eine finanzielle Unter-

²⁷ Vgl. Holzkämper, H. (2018), S. 320ff

stützung der Pflegebedürftigen oder der Pflegeeinrichtungen für betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt.

Geregelt sind die Investitionskosten insbesondere in § 82 Abs. 3 SGB XI. Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen durch öffentliche Förderung nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Durch die in das Entgelt für Investitionskosten eingerechneten Abschreibungen werden die Investitionen in das Sachanlagevermögen erwirtschaftet.

Eine Investitionskostenförderung durch die Länder gibt es in zwölf Bundesländern, mit Ausnahme von Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Die fördernden Länder bezuschussen i.d.R. Erst- und Folgeinvestitionen im Sinne einer Objektförderung. Fünf Bundesländer bezuschussen bewohnerbezogene Aufwendungen bzw. zahlen Zuschüsse an die Bewohner, ein sog. Pflegewohngeld. Dies ist eine individuelle Förderung für den Pflegebedürftigen, ein bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss. Voraussetzung ist eine Pflegebedürftigkeit und die Unterbringung in einer vollstationären zugelassenen Einrichtung. Ein Antrag ist möglich, wenn das verfügbare Einkommen nicht ausreicht um die Heimkosten komplett zu decken. Pflegewohngeld gibt es allerdings nur in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig Holstein. Hier ist es jeweils an unterschiedliche Bedingungen geknüpft (z.B. Einkommensgrenze).

Die Förderung der Länder deckt zumeist nicht alle umlagefähigen Investitionsaufwendungen. Den nicht geförderten Teil können die Pflegeheime mittels einer gesonderten Berechnung auf die Bewohner umlegen, nachdem die zuständigen Landesbehörden eine Genehmigung erteilt haben. Dabei variiert die Höhe der den Bewohnern pro Tag in Rechnung gestellten Umlage, innerhalb der verschiedenen teil- und stationären Angebote sowie zwischen den Bundesländern erheblich. Sie trägt ganz erheblich zur Steigerung des Eigenanteils der Bewohner bei, denn die Investitionsumlage wird nicht durch die Pflegekassen bezuschusst.²⁸

3.2.3 Vergütung von Leistungen der Sterbebegleitung

Die Pflegevergütung umfasst auch die allgemeine medizinische Behandlungspflege (§ 82, Abs. 1 SGB XI). Diese wird für die Bewohner der Pflegeeinrichtungen nicht durch die Krankenkassen finanziert, sondern durch die Pflegeversicherung bezuschusst. Es entstehen Eigenbeiträge der Versicherten, sofern die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung nicht ausreichen.

Auch pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung gehören zur Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege. Die Sterbebegleitung ist ein Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung geworden. Verankert ist dies in den gesetzlichen Vorgaben zu den für die Pflegeeinrichtungen geltenden Rahmenverträgen auf Landesebene. Dies ist auch dem Umstand geschuldet, dass infolge der Weiterentwicklung ambulanter Versorgungssysteme,

²⁸ Vgl. Holzkämper, H. (2018), S. 318ff

die Verweildauer in Altenpflegeheimen sinkt, mithin die Heimbewohner schneller versterben.²⁹

Seit dem Juli 2016 sollen Pflegeheime ihre Bewohner auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz hinweisen. Die Pflegeheime können ferner ihren Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten. So entwickeln immer mehr Pflegeheime, aber auch Altenheime, Konzepte zur Sterbebegleitung, in denen u.a. auch die Palliativpflege beschrieben wird.

Die Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen haben einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Vergütungsvereinbarungen finden sich in den entsprechenden Verträgen mit den Palliativ Care Teams. Folglich tragen die Krankenkasse die Kosten für folgende Leistungen in Pflegeheimen:

- palliativmedizinische Versorgung durch Hausärzte, niedergelassene Schmerztherapeuten oder Palliativmediziner,
- ärztlich verordnete Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), mindestens für sieben Tage, nach Beantragung jedoch für die Länge des erforderlichen Zeitraums.

Kostenlos sind auch hier Beratung, Unterstützungsangebote und ehrenamtliche Begleitung der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen durch ambulante Hospizdienste, die auch in Pflegeheime kommen. Ihre Arbeit finanziert sich durch Zuschüsse der Krankenkassen, Spenden und ehrenamtliches Engagement.

Wohnt der Sterbende im Pflegeheim erhält er einen Zuschuss zur allgemeinen pflegerischen Versorgung. Die finanzielle Belastung in Höhe des Einrichtungseinheitlichen Eigenanteils bleibt auch während der Sterbephase bestehen. Auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Bewohner selbst, und er muss je nach Bundesland eine Investitionsumlage zahlen.

3.3 Stationäre Hospize

Die moderne Hospizbewegung geht zurück auf die Gründung des „St. Christopher’s Hospice“ 1967 in London durch die Ärztin und Krankenschwester Cicely Saunders. 1983 entstand die erste Palliativstation in Köln, und mittlerweile sind Hospize deutschlandweit verbreitete Institutionen bei der Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen.³⁰ Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) wurde 1992 ins Leben gerufen und steht als Dachverband von 25 überregionalen Verbänden und Organisationen der Hospiz- und Palliativarbeit für über 1.100 Hospiz- und Palliativdienste und -einrichtungen, in denen

²⁹ Vgl. Wichmann, C./Wilkening, K. (2016), S. 326

³⁰ Vgl. Weihrauch, B. (2016), S. 293, 297

sich mehr als 100.000 Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich engagieren.³¹ 218 stationäre Erwachsenen-Hospize haben i.d.R. zwischen 8 und 16 Betten, im Durchschnitt ca. 10 Betten, in denen pro Jahr ca. 30.000 Menschen versorgt werden.

Auch teilstationäre Einrichtungen ermöglichen alternativ zu einem vollstationären Hospiz neben der palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung eine psychosoziale Betreuung. Das Ziel der teilstationären Einrichtungen ist die zeitweise Entlastung sowie Unterstützung der Angehörigen und die Möglichkeit, den Sterbenden möglichst lange in seinem familiären Umfeld zu belassen. Diese Versorgung kann eine Ergänzung zum ambulanten Hospizdienst oder integraler Bestandteil eines vollstationären Hospizes sein.³²

Es gibt keine staatliche Bedarfsplanung für Hospize, und es besteht ein Ungleichgewicht an stationären Hospizen in den Bundesländern. Die Entwicklung der Hospizbewegung hat in den letzten Jahren geografisch betrachtet nicht in gleicher Weise stattgefunden. Bezogen auf die Bettenanzahl in stationären Hospizen pro eine Million Einwohner, verfügen die Bundesländer durchschnittlich über 27 Hospizbetten. In Berlin und Hamburg gibt es die höchste Anzahl an Betten mit jeweils 55. Die niedrigste Bettenrate ist in Bayern mit 14 zu finden.

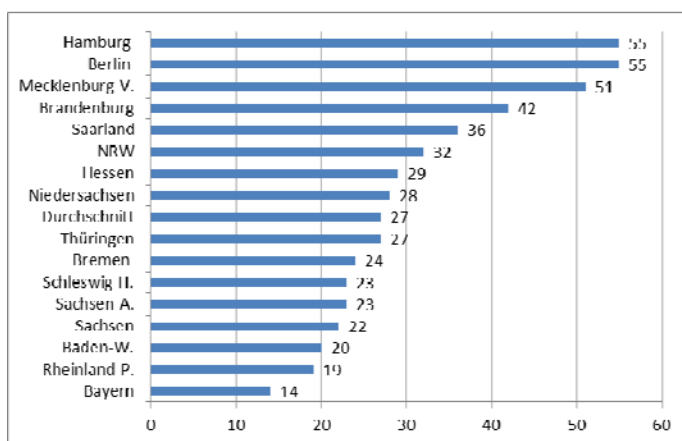


Abb. 6: Hospize - Bettenanzahl pro 1 Mio. Einwohner
Quelle: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2016), S. 8

Art und Umfang der Hospizversorgung wird durch eine Rahmenvereinbarung geregelt, welche zwischen dem GKV-Spitzenverband und der maßgeblichen Spitzenorganisation stationärer Hospize vereinbart wird (§ 39a Abs. 1 S. 4 SGB V). In dieser „Rahmenvereinbarung über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität“ werden u.a. die Anspruchsvoraussetzungen für einen stationären Hospizplatz sowie der Versorgungsumfang geregelt oder Bedingungen zur Einhaltung von Qualitätsstandards genannt.

³¹ Vgl. Wehrauch, B. (2016), S. 299

³² Vgl. Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V, § 1 Abs. 2

Demnach gehört zum Tätigkeitsspektrum eines Hospizes neben der Unterkunft und Verpflegung eine palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische, therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung. Ziele sind die Linderung der Krankheitsbeschwerden und damit die letzte Lebensphase des sterbenden Menschen so erträglich wie möglich zu gestalten. Neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden geht es auch um die Linderung psychischer Leiden. Die Angehörigen des Sterbenden sollen möglichst in die Pflege und Begleitung mit einbezogen werden. Das stationäre Hospiz soll ferner die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Versicherten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sicherstellen. Die Maßnahmen sind nicht primär darauf gerichtet, das Leben zu verlängern.³³

Im Sinne einer Qualitätssicherung sind in der Rahmenvereinbarung neben Voraussetzungen für die interne und externe Qualitätssicherung, Qualifikationsanforderungen an das Personal, auch solche für die sachliche und räumliche Ausstattung sowie feste Personalschlüssel je Bewohner vorgegeben. Jener liegt bei ca. 1,5 Pflegekräften pro Bett.³⁴ Zudem sollte ein palliativmedizinisch qualifizierter Arzt 24 Stunden am Tag erreichbar sein. Ferner ist auch die besondere Bedeutung des ehrenamtlichen Engagements festgehalten (§ 5 Abs. 7). Ehrenamtliche Mithelfer sind für die Gewährleistung aller Aktivitäten und einer umfassenden Begleitung in einem Hospiz ein wesentlicher Bestandteil. Sie begleiten und versorgen die Patienten stationärer Hospize regelmäßig und tragen damit dazu bei, dass Hospize mit nur begrenztem Personal das umfassende Leistungsangebot erbringen können.

Im Frühjahr 2017 wurde eine eigenständige Rahmenvereinbarung für Kinderhospize erstellt. Dadurch können die finanziellen und qualitativen Bedürfnisse von Kinderhospizen besser berücksichtigt werden. Der Zuschuss der Krankenkassen beträgt wie zuvor auch weiterhin 95% des tagesbezogenen Bedarfssatzes. Der Personalschlüssel übersteigt aber den in der Rahmenvereinbarung für Erwachsene genannten Personalschlüssel, da z.B. Kleinkinder eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigen und die Krankheitsbilder von Kindern vielfältiger und anspruchsvoller für die Pflegekräfte sind.³⁵

Ergänzend zur Rahmenvereinbarung, schließen die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene gemeinsam und einheitlich mit dem stationären Hospiz, welches die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, einen Versorgungsvertrag. Im Versorgungsvertrag sind u.a. geregelt, die Anzahl der angebotenen Plätze, der Umfang, das Verfahren und Befristungen der Kostenzusagen durch die Krankenkassen, die Zahlungsbedingungen des Zuschusses und die Regelungen für eine Begehung/Prüfung durch den MDK. Die Rahmenvereinbarung ist zugleich verbindlicher Bestandteil des Versorgungsvertrages. Genauso wie bei den stationären Pflegeheimen, beinhaltet der Versorgungsvertrag keine Belegungsgarantie, sondern ist eine Marktzugangsvoraussetzung.

³³ Vgl. Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V, § 3

³⁴ Vgl. Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V, § 6 Abs. 3

³⁵ Vgl. Garske, D./Michel, E./Zernikow, B. (2013), S. 13.

3.3.1 Finanzierung durch Kranken- und Pflegekassen

Zur Errichtung eines Hospizes muss ein Antrag an das Land gestellt werden. Eine Voraussetzung für die Aufnahme des Betriebes ist ein Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung im Sinne des § 39 a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI. Dazu müssen die personellen und sachlichen Bedingungen der Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V erfüllt sein.

Gesetzlich krankenversicherte Patienten haben nach § 39a SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss durch ihre Krankenkasse für den Aufenthalt in einem stationären oder teilstationären Hospiz. Dies gilt für den Fall, dass eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig und eine ambulante oder häusliche Versorgung nicht möglich ist. Es gelten somit Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um einen Patienten in ein stationäres Hospiz verlegen zu können. Die Erkrankung muss schwerwiegend sein und in absehbarer Zeit zum Tod führen. Sie darf aus menschlicher Sicht weder geheilt noch zum Stillstand gebracht werden können. Die Symptome sind weder im häuslichen Umfeld noch im Pflegeheim ausreichend therapierbar und eine ausreichende Pflege durch Angehörige zu Hause ist nicht mehr gewährleistet.

Da viele Hospize voll ausgelastet sind, entscheidet die Dringlichkeit und nicht der Zeitpunkt der Anfrage über das Recht auf einen Platz im stationären Hospiz. Je schwerwiegender der Fall, desto höher liegt die Priorität der Anfrage. Die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes eines Patienten beträgt 20 Tage. Eine Entlassung aus dem Hospiz ist denkbar, wenn die Maßnahmen der Pflege und der Palliativmedizin den Patienten in einen vergleichsweise komfortablen Zustand versetzen.³⁶

Es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“, welcher in § 13 SGB XII verankert ist. Damit ein Zuschuss gewährt wird, ist eine Bescheinigung bzgl. der Notwendigkeit der Hospizpflege durch einen Arzt (§ 39a SGB V) erforderlich. Die Krankenkassen kommen zudem für die Kosten eines individuellen Beratungsangebots auf und helfen bei der Auswahl eines geeigneten Palliativ- oder Hospizplatzes (§ 39b SGB V).

Die Höhe des Zuschusses der GKV beträgt seit Ende 2015 grundsätzlich maximal 95% der zuschussfähigen Hospizkosten (§ 39a Abs. 1 SGB V). Kinder- und spezielle Jugendhospize werden in gleicher Höhe bezuschusst. Mit der Neuordnung der Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizarbeit wurde 2009 festgelegt, dass jeder in einem stationären Hospiz aufgenommene GKV-Patient von einem Eigenanteil befreit ist, also auch für die Unterbringung und Versorgung in dem Hospiz nichts bezahlen muss.³⁷ Dies hat für die Hospize zur Folge, dass sie den restlichen Anteil der Kosten selbst aufbringen müssen. Es handelt sich mithin um eine Mischfinanzierung.³⁸

Die Bewohner eines Hospizes sind i.d.R. pflegebedürftig und erhalten je nach Pflegegrad Leistungen der Pflegekasse. In diese Falle prüft die Krankenkasse, wieviel der Kosten be-

³⁶ Vgl. Kränzle, S. (2014), S. 145

³⁷ Vgl. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2009), S. 5.

³⁸ Vgl. Kränzle, S. (2014), S. 146

reits durch die Pflegeversicherung übernommen wird. Abweichend hiervon vereinbaren Hospize bisweilen einheitliche Leistungen für alle ihre Patienten mit den Krankenkassen, damit die Patienten während des Aufenthaltes nicht mehrere Pflegegrade durchlaufen müssen. Der Zuschuss der Pflegeversicherung mindert den Zuschuss der Krankenversicherung, so dass diese nur den Differenzbetrag bis zum Erreichen der 95% des tagesbezogenen Bedarfssatzes bezahlen muss.³⁹ Erhöhte Leistungen der Pflegekasse, wie z.B. jene im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes, haben damit zwar eine tendenziell positive Wirkung auf die Hospizversorgung, aber folglich keine direkte Auswirkung auf die Finanzierung von Hospizen.

Maßgebliche Inhalte bzgl. der Vertragsverhandlungen über die Vergütung, sind in der Rahmenvereinbarung geregelt. So ist dort grundsätzlich zunächst festgelegt, dass ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Hospizen oder Hospizträgern gemeinsam und einheitlich auf Landesebene vereinbart wird. Für die Ermittlung des tagesbezogenen Bedarfssatzes bestehen diverse Vorgaben (Rahmenvereinbarung § 10):

- Der tagesbezogene Bedarfssatz soll mit Ausnahmen alle Leistungen, die im Rahmenvereinbarungsvertrag geregelt sind, inklusive der Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die durch öffentliche Förderung nicht gedeckten Investitionskosten abdecken.
- Für Hospize übliche Tätigkeiten, wie Freizeitangebote, kulturelle Veranstaltungen oder Trauerarbeit über den Tod des Versicherten hinaus, sind nicht zuschussfähig.
- Das stationäre Hospiz stellt eine notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Versicherten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sicher. Die Kosten werden indes separat durch die Kassen übernommen. Auch eine mögliche SAPV gemäß § 37b SGB V wird bei der Ermittlung des tagesbezogenen Bedarfssatzes nicht berücksichtigt.
- Bei der Kalkulation wird die durchschnittliche Jahresbelegung der letzten drei Jahre zu Grunde gelegt. Mindestens jedoch wird von einer Belegung von 80 % ausgegangen. Der Aufnahmetag und der Entlassungstag werden jeweils als ein Belegungstag gerechnet.

Die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize wurde durch das HPG auch insofern verbessert, als dass der Mindestzuschuss pro Tag der Krankenkassen für Hospize je betreuten Versicherten erhöht wurde. Er betrug 267,75 Euro in 2017, also auf einen durchschnittlichen Monat bezogen über 8.100 Euro.

Nach der Rahmenvereinbarung erforderliche Investitionskosten sind förderfähig, sofern sie nicht durch öffentliche Förderung gedeckt sind. Durch öffentliche Förderung gedeckte Investitionskosten müssen durch das Hospiz offengelegt werden. In den einzelnen Bundesländern bestehen teils differierende Regelungen zur Berechnung der Investitionskosten. Zu den förderfähigen Investitionskosten gehören u.a.:

³⁹ Vgl. Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband e.V., Deutscher Caritasverband (2015), S. 7

- Abschreibungen für Gebäude und für Anlagegüter/Inventar
- Geringwertige Wirtschaftsgüter
- Instandhaltung/Instandsetzung
- Fremdkapitalverzinsung
- Miete/Leasing/Pacht/Erbbauzins

Damit erfolgt faktisch eine Refinanzierung der Investitionen eines Hospizes durch die Kranken und Pflegekassen. Dies bedeutet, dass die Kosten für den Bau oder die Gründung eines neuen Hospizes bis zu dem Zeitpunkt der ersten Übernachtung eines Hospizgastes von dem Hospizträger vorfinanziert werden. Bei Inbetriebnahme bekommt das Hospiz diese Kosten dann jedoch nur in kleinen Raten und zwar über die Abrechnung der Krankenkassen für die einzelnen Patienten zurück. Die Investitionskosten sind nur dann im Bedarfssatz enthalten, wenn dem Hospiz diese Kosten auch tatsächlich entstanden sind. Hat das Hospiz Schenkungen, Fördermittel oder öffentliche Zuschüsse erhalten, so sind dem Hospiz selbst keine Kosten entstanden, diese werden dann auch nicht über den Bedarfssatz refinanziert. Bei der Refinanzierung von eigenen Investitionskosten handelt es sich mithin um einen sehr langfristigen Prozess.

Gemäß dem Sachleistungsprinzip werden die 95% des Bedarfssatzes von den gesetzlichen Krankenkassen direkt an das Hospiz und nicht an den Patienten ausbezahlt. Das Hospiz selbst hat keinen Verwaltungsaufwand mit den Pflegekassen, da sie keine gesonderte Rechnung stellt. Der Anteil der Pflegekassenleistungen wird von der Krankenkasse mit ausbezahlt.

Für die erstattungsfähigen Kosten wird innerhalb der Länder ein individuell verhandelter Tagesbedarfssatz vereinbart. Dieser gilt als Referenz zur Bezuschussung der Krankenkassen von 95% dieses Satzes. Der höchste mit den Kranken- und Pflegekassen verhandelte Tagesbedarfssatz (100%) lag 2016 in Bremen bei 312 Euro und der niedrigste in Sachsen bei 228 Euro pro Tag.⁴⁰ Neben den in der Rahmenvereinbarung genannten nicht erstattungsfähigen Kosten, wie die Trauerarbeit mit den Angehörigen nach dem Tod des Patienten oder Kultur- und Freizeitangebote, können weitere Kosten anfallen, die das Hospiz selber finanzieren muss. Hierzu gehören z.B. über den im Rahmenvereinbarungsvertrag genannten Personalschlüssel hinaus beschäftigtes Personal oder Kosten für die Gartengestaltung, aber auch Therapien, die von der Vergütung durch die Krankenkassen ausgeschlossen sind, wie beispielsweise eine Klangschalen- oder Musiktherapie. Somit beträgt der tatsächlich zu leistende Eigenanteil der Hospize weit mehr als 5% der entstehenden Kosten.

Für Private Krankenversicherungen gibt es zunächst keine gesetzliche Verpflichtung, einen Hospizaufenthalt zu bezahlen. In der Praxis übernehmen die privaten Versicherungen die Hospizkosten jedoch in der gleichen Höhe wie die gesetzlichen Krankenkassen.⁴¹ So entsteht für den privat Versicherten ebenfalls kein Eigenanteil für Hospizleistungen. Indes es gilt

⁴⁰ Vgl. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2016), S. 9 ff.

⁴¹ Vgl. Deutsche Stiftung Patientenschutz (2013)

das Kostenerstattungsprinzip, so dass das Hospiz direkt mit dem Patienten (bzw. dessen Erben) abrechnet und dieser das Geld dann von seiner Krankenkasse zurückerstattet bekommt. Die Leistungen der privaten Pflegepflichtkasse werden genau wie bei gesetzlich versicherten Patienten auf die Leistungen der Krankenkasse angerechnet. Es liegt eine Leistungspflicht vor, die sich aus der Zulassung des jeweiligen Hospizes nach SGB XI ergibt.

3.3.2 Finanzierung durch Eigenmittel

Die nicht durch den tagesbezogenen Bedarfssatz der Krankenkassen abgedeckten Kosten, müssen stationäre Hospize durch Eigenmittel begleichen. Dies gilt sowohl für den 5%igen Teil der erstattungsfähigen Kosten, die per se nicht erstattet werden, als auch für die in der Rahmenvereinbarung definierten nicht erstattungsfähigen Leistungen sowie freiwillige ergänzende Leistungen der Hospize.

Für die Neugründung eines Hospizes werden Gelder in Millionenhöhe benötigt, die die Gründer zunächst selbst aufbringen müssen, denn die Investitionen werden nur zum Teil durch die Zuschüsse der Kranken- und Pflegekassen im Rahmen des laufenden Betriebes refinanziert. So sind die Träger eines Hospizes neben Investoren auch auf Fördermittel und Zuschüsse angewiesen, um die Errichtung realisieren zu können. Dabei können Hospize durch öffentliche Zuschüsse in Form von Geldleistungen durch den Bund oder die Länder direkt bezuschusst werden. Ein Rechtsanspruch indes besteht nicht. Die Träger des Hospizes müssen selbst aktiv werden und Förderanträge stellen. Erhaltene Zuschüsse und Fördermittel werden jedoch dann nicht in den Bedarfssatz der Krankenkassen miteinbezogen. Auch Organisationen wie die Deutsche Fernsehlotterie können Fördermittel oder Zuschüsse zur Verfügung stellen. Mögliche Förderungen sind des Weiteren Bürgschaften, zinsgünstige Darlehen oder Sachleistungen, wie die Schenkung eines Grundstückes.

Die möglichen Finanzierungsquellen für stetig zu vereinnahmende Eigenmittel sind vielfältig. Dabei sind Spenden i.d.R. die am häufigsten genutzte Finanzierungsquelle. Als potenzielle Spender kommen sowohl Privatpersonen als auch Unternehmen in Betracht. Ein besonders hoher Anteil entfällt dabei auf Zuwendungen von Angehörigen eines Hospizgastes, die sich dem Hospiz verbunden fühlen. Bisweilen werden auch Kranz- oder Kondolenzspenden anstelle des Grabschmuckes getätigt. Ein Hospiz kann testamentarisch durch Verstorbene bedacht werden. Aktive Möglichkeiten der Mitteleinwerbung sind die Ausrichtung von Benefizveranstaltungen und das systematische Betreiben von Fundraising. Ein weiterer Bestandteil der aufgebrachten Eigenmittel eines Hospizes wird durch Bußgelder finanziert.⁴² Unter bestimmten Voraussetzungen können sich gemeinnützige Organisationen in eine Liste bei den zuständigen Gerichten eintragen lassen, an die die Bußgeldzuweisungen ausgezahlt werden.

Spender und Spendenempfänger können steuerliche Vorteile geltend machen, wenn sie an eine gemeinnützige Organisationen gehen. Für diese gelten Spenden als Einnahmen der Vermögensverwaltung, auf die keine Körperschaftssteuer und Gewerbesteuer entfällt. Spen-

⁴² Vgl. Allert, R. (2010), S. 57.

den Privatpersonen an jene, können sie die Spende als Sonderausgaben im Rahmen ihrer Einkommensteuererklärung geltend machen. Und auch Unternehmen können unter bestimmten Voraussetzungen die Spenden im Rahmen der Gewerbesteuererklärung und der Einkommensteuererklärung oder Körperschaftssteuererklärung geltend machen.⁴³

Vorteilhaft an Spenden ist, dass diese eine Integration der Hospize in das jeweilige Gemeinwesen fördern. So gibt es Fördervereine, die an Hospize angeschlossen sind und Privatpersonen, die durch unterschiedliche Mitgliedschaften dazu anregen, das jeweilige Hospiz finanziell oder ideell zu unterstützen. Der Nachteil von Spenden ist, dass sie innerhalb kurzer Zeit wiederverwendet werden müssen. Langfristige liquide Reserven können so nicht gebildet werden. Ein Lösungsansatz ist hier die Gründung einer Stiftung, denn diese ist darauf ausgelegt eine Organisation langfristig und nachhaltig zu fördern.⁴⁴ Eine Stiftung ist eine juristische Person, die für einen bestimmten Stiftungszweck gegründet wurde. Dabei werden nur die Stiftungserträge zur Förderung des Stiftungszwecks verwendet, das Vermögen selbst wird dauerhaft angelegt. Somit ist die Voraussetzung für die Gründung einer Stiftung, die Festlegung eines Stiftungszwecks, die Festlegung der Höhe des Stiftungsvermögens und der Art der Stiftungsorganisation.⁴⁵

Stiftungen können sowohl von Privatpersonen als auch von Unternehmen gegründet werden. Eine Stiftung gilt als steuerbegünstigte Stiftung, insofern sie ausschließlich gemeinnützige, mildtätige oder kirchliche Ziele verfolgt. Dies ist bei einem Hospiz regelmäßig der Fall. Alle steuerbegünstigten Stiftungen und somit Hospizstiftungen sind von der Körperschaftsteuer und von der Gewerbesteuer befreit.

Sponsoring ist eine weitere Art der Mitteleinwerbung. „Sponsoring bedeutet die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle sämtlicher Aktivitäten, die mit der Bereitstellung von Geld, Sachmitteln oder Dienstleistungen durch Unternehmen zur Förderung von Personen und/oder Dienstleistungen im sportlichen, kulturellen und/oder sozialen Bereich verbunden sind, um damit gleichzeitig Ziele der Unternehmenskommunikation zu erreichen.“⁴⁶ Dabei bildet ein Geschäftsvertrag zwischen dem Sponsor und der gesponserten Organisation die Grundlage eines Sponsoring-Verhältnisses. Hier werden Leistungsverpflichtungen beider Parteien festlegt.

Das als Sponsor auftretende Unternehmen erhofft sich im Gegenzug zu den finanziellen Zuwendungen, mit einem guten Image als sozialbewusstes Unternehmen zu profitieren. Handelt es sich bei dem Gesponserten um eine gemeinnützige Organisation, wie einem Hospizverein, können die Sponsorenleistungen steuerfreie Einnahmen sein, wenn alle Voraussetzungen für eine freiwillige und unentgeltliche Zuwendung erfüllt sind. Die Zuwendungen können aber auch steuerpflichtige Einnahmen sein, wenn eine Sponsoring-Leistung mit Werbemaßnahmen verbunden ist.

⁴³ Vgl. Haibach, M. (2012), S. 64 ff.

⁴⁴ Vgl. Urselmann, M. (2014), S. 141

⁴⁵ Vgl. Schick, S. (2014), S. 570

⁴⁶ Bruhn, M. (1991), S. 21

4. Vergleichende Analyse

Die Vergütungsformen palliativer Leistungen werden zunächst hinsichtlich der jeweiligen Grundlagen und der sich daraus ergebenden spezifischen Besonderheiten aus ökonomischer Perspektive analysiert. Sodann folgt ein systematischer Vergleich der jeweiligen finanziellen Belastung der behandelten Patienten. Abschließend werden die Vergütungssysteme hinsichtlich Optimierungspotenzials analysiert, um Rückschlüsse auf Reformoptionen zu gewinnen.

4.1 Spezifische Besonderheiten der jeweiligen Vergütungsformen

Die Vergütung der palliativen Leistungen differiert je nach Ort der Erbringung erheblich. Hintergründe sind einmal die historische Entwicklung der Vergütungssysteme, aber auch der je unterschiedliche Versorgungszweck sowie die Steuerungseffekte, die mit dem Vergütungssystem erreicht werden sollen.

Für den Krankenhaussektor werden rund ein Drittel der Gesamtausgaben der GKV aufgewandt. Er ist damit der größte Kostenblock und zugleich die bedeutendste Stellschraube, wenn Kosteneinsparungen angestrebt werden. Ziel der DRG-Einführung 2004 war es u.a. vor allem, einen weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben zu limitieren. Entstanden ist ein extrem komplexes Finanzierungssystem mit entsprechend hohen Überwachungskosten. Dem Vergütungssystem über Fallpauschalen ist überdies der Anreiz inhärent, Patienten möglichst schnell zu entlassen. Damit stehen die Komplexität und Anreizstrukturen des Systems einer Übertagung auf Pflegeheime oder Hospize entgegen, zumal Hospize zumindest im Gegensatz zu privaten Kliniken nicht gewinnorientiert sind.

So zählt zu den Leitlinien eines Hospizes, dass der sterbende Mensch mit all seinen Wünschen und Bedürfnissen, ebenso wie seine Angehörigen im Zentrum stehen. Hospize sollen als kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter den Patienten die Beibehaltung ihrer eigenen Lebensgewohnheiten ermöglichen.⁴⁷ Die Reduzierung von Kosten ist demnach als sekundäres Ziel zu betrachten. Auch ist explizit vor einer Krankenhausentlassung eines Patienten in ein Hospiz zu prüfen, ob die Sterbenden deren Leistungen noch in Anspruch nehmen können. Diese Prüfung ist von hoher Relevanz, da durch diese Maßnahme Krankenhäuser Kosten sparen, die jedoch zu Lasten von Hospizen gehen.

Dagegen weist die Finanzierung der Betriebskosten von Pflegeheimen Parallelen zu jener von Hospizen auf. Die Finanzierung ist gleichermaßen durch das SGB bundesweit geregelt. Die genaueren Vereinbarungen sind in den Rahmenverträgen für die Hospizversorgung und in der Heimgesetzordnung für Pflegeheime auf Landesebene zu finden. Der Versorgungsvertrag, der zwischen den Kostenträgern und dem Träger des Pflegeheims geschlossen wird, ähnelt dem Vertrag über die Gewährung der Tagespauschale, den auch Hospize mit ihren Kostenträgern abschließen. Verhandelt das Hospiz in eigener Verantwortung mit ihren Kos-

⁴⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer (Hrsg.) (2017)

tensträgern über die Höhe der gewährleisteten Tagespauschale, verhandeln die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen, sonstigen Sozialversicherungsträger und der zuständige Sozialhilfeträger mit den Trägern der Pflegeheime die Tagespflegesätze. Hospize und Pflegeheime werden mithin über einrichtungseinheitliche Tagespauschalen finanziert, nicht über Fallpauschalen, wie die Kliniken.⁴⁸

Ein wesentlicher Unterschied beider Finanzierungsformen ist indes, dass die Bewohner im Pflegeheim für ihre Unterkunft, Verpflegung und einen Teil der Pflege selbst aufkommen müssen, während diese Leistungen im Hospiz unentgeltlich sind. Auch Zusatzleistungen sind vom Bewohner eines Pflegeheimes selbst zu tragen, in Hospizen jedoch meist kostenfrei.

Ferner ist in § 82 Abs. 1 SGB XI geregelt, dass die Pflegevergütung von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen ist. Sie umfasst die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, auch die medizinische Behandlungspflege. Im Gegensatz zu Hospizen übernimmt die Krankenversicherung lediglich Kosten für die medizinische Behandlungspflege, welche nach ärztlicher Anordnung erfolgt. Eine Zurückführung auf eine bestimmte Krankheit ist für eine Krankenpflege Voraussetzung. Diese Leistungen werden von der Krankenversicherung und nicht von der Pflegeversicherung übernommen, was für die palliative Versorgung regelmäßig der Fall ist. In diesem Falle werden die Kosten sodann vollständig durch die Krankenkasse finanziert.

Die Höhe des Zuschusses der GKV beträgt seit Ende 2015 grundsätzlich maximal 95% der zuschussfähigen Hospizkosten (§ 39a Abs. 1 SGB V). Der Zuschuss der Pflegeversicherung für Hospizbewohner mindert den Zuschuss der Krankenversicherung. Sie verrechnen die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung und zahlen nur den Differenzbetrag bis zum Erreichen der 95% des tagesbezogenen Bedarfssatzes.

Dass keine Vollfinanzierung stationärer Hospize durch die Krankenkassen besteht, wird nicht nur kritisiert, sondern auch von verschiedenen Organisationen, wie Vertretern der Hospizverbände, befürwortet. Durch das Erfordernis von Spenden und ehrenamtlich getragendem Engagement, ist die Identifikation der Gemeinden mit ihren Hospizen größer, sie sind mithin besser eingebunden.

Eine Benachteiligung ist bei den Kinderhospizen festzustellen. Diese haben infolge des HPGs zwar eine eigene Rahmenvereinbarung erhalten, die den besonderen Bedürfnissen der Kinderhospize Rechnung tragen sollen. Der Zuschuss durch die Krankenversicherungen beträgt hier auch 95% des tagesbezogenen Bedarfssatzes. Kinderhospize haben indes dadurch einen erheblich größeren Anteil der Kosten selbst aufzubringen. Ihre Kosten sind höher, weil die Krankheitsbilder von Kindern vielfältiger und die Pflege oft anspruchsvoller sind und die Eltern, Geschwister oder nahen Angehörigen im Hospiz größtenteils kostenfrei mit aufgenommen werden können. Die Mitaufnahme der ganzen Familie im Kinderhospiz zeichnet dieses aus und ist Grundbestandteil der täglichen Arbeit. Da die dafür entstehenden

⁴⁸ Vgl. Allert, R. (2010), S. 37ff.

Kosten nicht im tagesbezogenen Bedarfssatz enthalten sind, ist der zu finanzierende Eigenanteil höher.⁴⁹

Auch die Finanzierung der Investitionen weist je nach Institution Besonderheiten auf. Auch wenn sie ihrem Investitionsauftrag nicht im erforderlichen Maße nachkommen, tragen die Bundesländer Investitionskosten für Krankenhäuser entsprechend dem jeweiligen Krankenhausplan und Investitionsprogramm. Die Kostenübernahme durch die Bundesländer ist gesetzlich festgeschrieben, da sie einen Sicherstellungsauftrag für die stationäre Krankenhausversorgung haben. In den Fallpauschalen des DRG-Systems sind grundsätzlich keine Investitionskosten enthalten. Somit entscheiden die Bundesländer, ob sie die Krankenhäuser bereitstellen oder Dritte mit dieser Aufgabe betrauen. Wichtig ist, dass die stationäre Krankenhausversorgung für die Bevölkerung im erforderlichen Umfang zur Verfügung steht.

Für Pflegeheime gibt es indes keine staatliche Bedarfsplanung und keine durchgängige Investitionsförderung durch die Länder. Die Länder sind zwar grundsätzlich verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur (§ 9 SGB XI). Ob aber eine finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen oder der Pflegeeinrichtungen für betriebsnotwendige Investitionen zur Förderung der Pflegeeinrichtungen umgesetzt wird, ist im jeweiligen Landesrecht festgelegt. In der Konsequenz legen Pflegeheime einen Teil der Investitionskosten mittels einer gesonderten Abrechnung auf die Bewohner um, nachdem die zuständigen Landesbehörden eine Genehmigung erteilt haben.

Bei den Hospizen wiederum gibt es eine öffentliche Investitionsförderung nicht, da kein gesetzlicher Auftrag zur Vorhaltung einer ausreichenden Versorgungsstruktur von Hospizen für die Bundesländer besteht. Investitions- und Investitionsfolgekosten sind teilweise durch die Krankenkassen förderfähig. Die Träger der Hospize tragen aber die Kosten für die Errichtung zunächst selbst. So müssen mehrere Mio. Euro durch Spenden, den Träger, Investoren oder durch Fördermittel der Länder aufgebracht werden. Erst im Rahmen der laufenden Tätigkeit findet dann teilweise eine Refinanzierung statt.

4.2 Finanzielle Belastung der Patienten

Der Eigenanteil, mithin die finanzielle Belastung der Patienten in der letzten Lebensphase, ist je nach Ort der Unterbringung deutlich different. Verstirbt ein Patient zu Hause oder bei Angehörigen, ist die Situation ähnlich wie in einem Altenheim. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss er selber aufbringen, ggf. springen Sozialhilfeträger ein. Bei i.d.R. vorliegender Pflegebedürftigkeit, werden die Kosten für ambulante Pflegedienste zumeist vollständig oder größtenteils durch die Pflegeversicherung übernommen. Infolge des vom Gesetzgeber verfolgten Grundsatzes „ambulant vor stationär“, wurden gerade die Leistungen der Pflegekassen für ambulant betreute Pflegebedürftige erheblich ausgeweitet. Kommt darüber

⁴⁹ Vgl. Garske, D./ Michel, E./Zernikow, B. (2013), S. 31.

hinaus eine AAPV oder SAPV zum Einsatz und wurde diese ärztlich verordnet und durch die Krankenkassen genehmigt, übernimmt die Kosten somit die GKV oder PKV.

Anders ist dies bei einem Bewohner, der in einem Pflegeheim verstirbt. Dieser zahlt einen erheblichen Eigenbetrag pro Monat. Jener setzt sich zusammen aus dem nicht durch die Pflegeversicherung gedeckten Anteil der Kosten für pflegerische Betreuung und Behandlungspflege, den ohnehin vollständig zu tragenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie einem Investitionskostenzuschuss. Die maximale Leistung der Pflegeversicherung beträgt bei stationärer Unterbringung und dem höchsten Pflegegrad 2.005 Euro pro Monat.

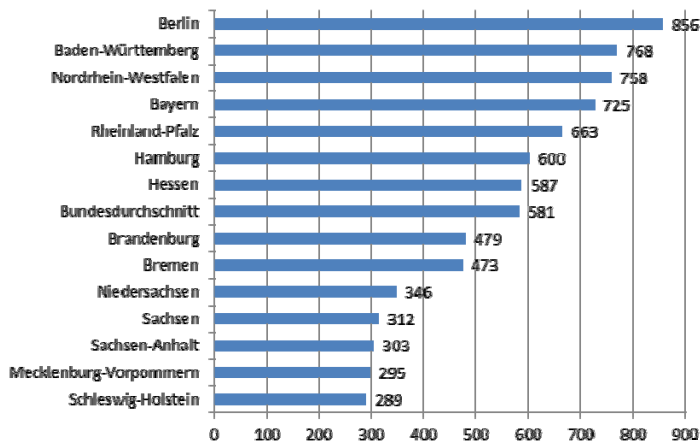


Abb. 7: Einrichtungseinheitliche Eigenanteile nach Bundesländern, in Euro

Quelle: Bundesgesundheitsministerium (2017)

Im Bundesdurchschnitt liegt der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) für die reine Pflege- und Betreuungsleistung bei rund 581 Euro. Hinzu kommen die vom Heim weiterverrechneten Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die Investitionskostenumlage sowie ggf. eine Ausbildungsumlage, so dass 1.500 Euro für den gesamten Eigenanteil eher im unteren Bereich anzusiedeln sind. Leistungen der AAPV oder SAPV werden indes auch hier von der GKV oder PKV getragen.

Bei einer stationären Aufnahme im Krankenhaus müssen Patienten pro Kalendertag einen Eigenanteil von 10 Euro leisten. Dieser Eigenanteil ist aber auf 28 Tage, also 280 Euro € im Jahr begrenzt. Bei mehreren Aufenthalten im Jahr, werden bereits geleistete Zuzahlungen berücksichtigt. Die Kosten für eine palliativmedizinische Behandlung auf einer Allgemein- oder Palliativstation werden von den Krankenkassen getragen.

Bezüglich eines aufzubringenden Eigenanteils, ist die Unterbringung und Versorgung in einem Hospiz aus Sicht des Patienten optimal. Hier ist er von einem Eigenanteil befreit und erhält die höchstmöglichen palliativen Leistungen. Auch die Angehörigen können im Hospiz mit aufgenommen werden und werden teilweise auch in der Trauerphase betreut. Die Möglichkeit für Angehörige, aufgenommen und mit betreut zu werden, gibt es in so umfassendem Maße wie in einem Hospiz weder im Krankenhaus noch in einer stationären Alten- oder Pflegeeinrichtung. Ein Platz in einem Hospiz wird durch den Zuschuss der Krankenkassen und

die Eigenfinanzierung des Hospizes vollständig finanziert. Die Kassenleistungen liegen auf den Monat bezogen bei über 8.100 Euro, inkl. der Leistung der Pflegeversicherung.

4.3 Reformoptionen der Finanzierungssysteme

Auch wenn die Vergütungsformen palliativer Leistungen spezifische Besonderheiten aufweisen, bleiben hinsichtlich der Versorgung und mit Blick auf die unterschiedlichen Eigenbeiträge der Patienten Optimierungspotenziale.

Ein Kernproblem ist die Herstellung einer ausreichenden Palliativversorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen. „Ein weiterer Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ist trotz der erreichten Versorgungsdichte im ambulanten wie im stationären Bereich dringend notwendig. Dieser Ausbau sollte gezielt gesteuert werden, um die weißen Flecken auf der Versorgungslandkarte zu füllen.“⁵⁰

So ist die Frage, ob ein schwerkranker Mensch bis zum Tod zu Hause versorgt werden kann, erheblich auch von der Anzahl der niedergelassenen Palliativmediziner in einer Region abhängig.⁵¹ Während hier die AAPV durch Hausärzte, ambulante Pflegedienste und ehrenamtliche Hospizhelfer weitestgehend flächendeckend gewährleistet ist, ist die SAPV in ländlichen Regionen oft nicht ausreichend. An den Ursachen, wie fehlende qualifizierte Fachkräfte, lässt sich durch finanzielle Anreize nur bedingt etwas ändern. Dass eine wirtschaftliche Leistungserbringung in ländlichen Regionen aufgrund geringer Fallzahlen und langer Wegstrecken nur schwer zu organisieren ist, könnte indes durch erhöhte und ergänzende Entgelte in diesen Regionen behoben werden.

Im stationären Bereich ist in einigen Regionen bereits eine ausreichende Versorgungsdichte erreicht, aber eine flächendeckende Versorgung mit Hospizplätzen ist bislang noch nicht gegeben. So waren 2015 in einem Viertel aller Land- und Stadtkreise weder Hospize noch Palliativstationen vorhanden.⁵² Hemmnisse sind auch hier einerseits, dass ländliche Regionen nicht die Häufigkeit an besonders aufwändigen Palliativpatienten aufweisen. Andererseits erfordert die Finanzierung der Errichtungsinvestition von Hospizen mehreren Mio. Euro. Aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte ist zudem die Beschaffung von ausreichenden Spenden i.d.R. schwierig. Hinzu kommt ein weiterer eklatanter Grund: Die Krankenkassen schließen Versorgungsverträge mit Hospizen i.d.R. nur, wenn diese mindestens 8 Plätze vorhalten. Dies ist unter betriebswirtschaftlichen Erwägungen auch sinnvoll, denn je weniger Plätze eine gesundheitswirtschaftliche Einrichtung vorhält, umso schwieriger ist die Deckung der bestehenden Fixkosten. Kleine Einheiten werden mithin eher in der Lage sein, die Kapazitäten auszulasten, sie werden aber bei gleicher Vergütungsbasis Verluste erwirtschaften. So sind Wartelisten in Hospizen aus Sicht der Patienten zwar negativ zu beurteilen. Für die

⁵⁰ Bertelsmann Stiftung (2015b): S. 34

⁵¹ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2015a): S. 4

⁵² Vgl. Bertelsmann Stiftung (2015a): S. 3

Finanzierungssituation der Hospize sind die Wartelisten jedoch vorteilhaft, denn sie sorgen für eine möglichst lückenlose Finanzierung durch die Krankenkassen.

Eine ähnliche Problemlage besteht bei den Kliniken. Kleine Häuser oder Abteilungen mit geringer Fallzahl sind nicht in der Lage, durch die Standardvergütung über DRG's, alle Kosten zu decken. Im Krankenhaussektor wird eine flächendeckende Versorgung indes durch Sicherstellungszuschläge gewährleistet. Dabei sollen mittels Sicherstellungszuschlägen Defizite auf Grund eines geringen Versorgungsbedarfs, nicht jedoch aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten eines Krankenhauses ausgeglichen werden.⁵³

Im stationären Bereich sollte vor der Errichtung von Hospizen oder neuer Palliativstationen zunächst eine Bedarfsanalyse durchgeführt werden. Dies ist insbesondere erforderlich in Anbetracht der Stärkung der SAPV, die teilweise substitutiv zu den Leistungen eines Hospizes wirkt, um Überkapazitäten und somit eine Unterfinanzierung, zu vermeiden.

Wird ein Bedarf kleinerer Hospize ermittelt, ist es sinnvoll, diese unmittelbar an eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens anzugliedern. Dadurch könnten z.B. vorhandene Verwaltungsstrukturen genutzt und Pflegepersonal flexibler eingesetzt werden. Um Verluste zu vermeiden wären Sicherungszuschläge in Form eines erhöhten Bedarfssatzes eine mögliche Lösung.

Inwiefern es sinnvoll ist, den tatsächlichen Eigenanteil an der Finanzierung der laufenden Betriebskosten zu reduzieren, ist ökonomisch nicht ableitbar. Schon die 95%-Finanzierung ist letztlich willkürlich. Und je näher eine Finanzierung an 100% der Kosten reicht, umso geringer sind die Anreize für die Betreiber, Leistungen möglichst effizient zu erbringen.

Eine alternative Investitionsfinanzierung in Anlehnung an die duale Krankenhausfinanzierung wäre für Hospize nicht sinnvoll. Dagegen spricht einerseits der Umgang mit der Investitionsverantwortung der Bundesländer für Krankenhäuser und der daraus folgenden kontinuierlichen Unterfinanzierung, die zu einem schleichenden Substanzverlust führt.⁵⁴ Ein weiterer Grund, den Bundesländern die Investitionsverantwortung nicht zu übertragen, liegt andererseits in dem Hospizgedanken selbst. Fänden Neugründungen auf Anweisungen der Länder hin statt, wird die Spendenbereitschaft abnehmen. Die Bevölkerung könnte den Gedanken verinnerlichen, dass die Versorgung mit Hospizplätzen nunmehr eine staatliche Aufgabe ist, und die Einbindung in die Gemeinden würde leiden. Schließlich wäre dies nicht kompatibel zu den bereits bestehenden Hospizstrukturen.

Kinderhospize weisen einen ungleich höheren Eigenanteil der Finanzierung auf, da ihre Kosten infolge zumeist aufwändigerer Pflege und Betreuung sowie der größtenteils kostenfreien Mitaufnahme von Eltern, Geschwister oder nahe Angehörige höher sind. Dabei ist diese Mitaufnahme ein Grundbestandteil der täglichen Arbeit. Ein Ansatz zum finanziellen Ausgleich wäre hier, bei Kinderhospizen die Betreuung der Familienangehörigen in den Bedarfssatz zu inkludieren.

⁵³ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016)

⁵⁴ Vgl. Allert, R. (2010), S. 44f

Das stationäre Hospiz ist die einzige Versorgungsform, bei der die Bewohner von einer Eigenfinanzierung vollständig freigestellt sind. Dies ist zwar bewusst so geregelt, führt aber zu erheblicher Ungleichbehandlung bei den stationären Versorgungsformen. Soll die kostenfreie Unterkunft im Hospiz nicht angetastet werden, ist es angebracht, die Zuzahlungen für Krankenhauspatienten zumindest für die Palliativstationen abzuschaffen.

Bzgl. des Eigenanteils in Pflegeheimen, hat die Diakonie Deutschland im September 2014 einen bedenkenswerten Reformvorschlag gemacht. Sie plädiert dafür, die palliative Situation in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und beklagt den hohen Eigenanteil im Pflegeheim. Sie spricht sich für einen Vergütungszuschlag aus, der pro Tag nach einem Personenschlüssel berechnet wird und voll von der Pflegekasse des Patienten gezahlt wird. Der absehbar sterbende Patient sollte demnach Anspruch auf eine Zusatzzahlung erhalten, wenn der Hausarzt oder ein Klinikarzt ihm einen erhöhten palliativen Versorgungsbedarf bescheinigt. Die Pflegeeinrichtung soll von diesem Geld dann zusätzliche Mitarbeiter mit Palliative Care Weiterbildung finanzieren. Der Vergütungszuschlag soll deutlich unterhalb des Zuschlags zu stationären Hospizen und der SAPV-Tagessätze liegen, um den Unterschied der verschiedenen Institutionen deutlich zu machen, denn eine stationäre Pflegeeinrichtung kann einem Hospiz qualitativ nicht gleichgestellt werden. Eine zeitaufwändige Beurteilung durch den MDK sollte entfallen und der Bewohner in seinen letzten Lebenstagen nicht finanziell belastet werden.⁵⁵

Hinsichtlich der Verbesserung der Versorgung, müssen mögliche Reformoptionen insbesondere bei den Kliniken ansetzen, denn diese werden auch weiterhin den größten Anteil Sterbender versorgen. Bezogen auf für die Hospizidee wichtige Kriterien, fällt insbesondere die palliative Versorgung Sterbender auf Allgemeinstationen in Kliniken vom Umfang und qualitativ deutlich ab. Selbst in Kliniken, die über eine Palliativstation verfügen, dürften die meisten Menschen auf Allgemeinstationen versterben. Auch kann es sein, dass ein Patient, welcher bisher ambulant durch ein SAPV-Team versorgt wurde, ins Krankenhaus eingewiesen wird und dort keine spezialisierte Palliativversorgung mehr erhalten kann.

Die geänderte Finanzierung von Palliativstationen als besondere Einrichtungen außerhalb des DRG-Systems und Etablierung palliativmedizinischer Zusatzentgelten sowie die Förderung ambulanter Hospizdienste als Begleitungen im Krankenhaus, sind wichtige Verbesserungen. Eine grundsätzliche Verbesserung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus ist damit indes nur bedingt gegeben.⁵⁶ Vom grundsätzlichen Ziel ausgehend, schwerst- und sterbende Patientinnen und Patienten einen Zugang zur allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung zu gewährleisten, sollte ein Anspruch hierauf auch für Kliniken gesetzlich verankert 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

⁵⁵ Vgl. Diakonie Deutschland (Hrsg.) (2014), S. 19 ff.

⁵⁶ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2015), S. 2

dem regionalen SAPV-Team. Für die Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus, d.h. für alle Fachabteilungen und Allgemeinstationen, auf denen schwerst- kranke 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 in Betracht, denen diese Aufgabe und die dazu notwendige Finanzierung explizit zuzuweisen ist.⁵⁷

Bei einer dieser Art verbesserten Palliativversorgung auch auf Allgemeinstationen, ist evident, dass die bislang vorgesehenen behandlungs-zeitabhängigen Zusatzentgelte nicht ausreichen werden, die Zusatzkosten zu decken. Auf Basis einer von der InEK zu ermittelnden Kalkulation wären die Zusatzentgelte anzupassen. Eine Abrechnung könnte nach Bescheinigung der Notwendigkeit einer Hospizversorgung im Krankenhaus erfolgen. Bei Palliativstationen sollte die tagesbezogene Vergütung beibehalten werden. Hier hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Empfehlungen zu Strukturmerkmalen von Palliativstationen gegeben, etwa zur personellen und räumlichen Ausstattung, die aber bislang nicht bindend sind.⁵⁸ Eine rechtliche Bindung wäre mithin sinnvoll.

Schlussendlich ist es sinnvoll die Finanzierung der Kosten stationärer Hospize für privat Krankenversicherte verbindlich zu regeln. Auch wenn die Leistungen der privaten Versicherungen in der Regel denen der gesetzlichen Kassen entsprechen, könnte es sein, dass eine private Krankenversicherung aus einem bestimmten Grund die Kostenerstattung von Leistungen verweigert. So sollte die PKV eine eigene Rahmenvereinbarung erstellen oder die Rahmenvereinbarung der gesetzlichen Krankenkassen mit unterschreiben.

⁵⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2015), S. 3

⁵⁸ Vgl. Maier, O. (2016), o.S.

5. Schlussbetrachtungen

Die erbrachten palliativen Leistungen sind Sektoren übergreifend zumindest in ihrem Kern vergleichbar, wenn es darum geht, Beschwerden und Symptome zu lindern, unnötige Belastungen zu vermeiden und die Erkrankten ärztlich, pflegerisch und psychisch zu begleiten. Durch den Vergleich der ambulanten und stationären Vergütungssysteme für palliative Leistungen, wurde indes deutlich, dass diese infolge der je unterschiedliche Versorgungszwecke und verfolgten Steuerungseffekte, nicht Sektoren übergreifend übertragbar sind.

In der Analyse wurde ferner dargelegt, dass die aktuelle Versorgungssituation palliativer Angebote noch nicht bedarfsdeckend ist. Die deutsche Bevölkerung wird in den kommenden Jahren immer älter und die Palliativversorgung muss ausgebaut werden. Je nach geografischer Lage, müssen entweder neue Hospize und Palliativstationen, aber auch weitere ambulante palliative Versorgungsangebote geschaffen werden. Ein Schwerpunkt sollte darauf liegen, die Hospizkultur und Palliativkompetenz auch auf die Einrichtungen der Regelversorgung zu übertragen, also auf die allgemeine ambulante Versorgung sowie die Palliativversorgung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, denn dort werden die meisten Menschen in den letzten Tagen ihres Lebens betreut.⁵⁹ Zugleich ist es wichtig, Überkapazitäten zu vermeiden, zumal ambulante und stationäre Versorgungsformen teilweise substitutiv wirken. Erforderlich ist eine alle Versorgungsformen umfassende regionale Bedarfsanalyse.

Die größten Probleme liegen künftig in der ausreichenden Versorgung von strukturschwachen ländlichen Regionen. Einer wirtschaftlichen Leistungserbringung stehen hier häufig geringe Fallzahlen und lange Wegstrecken entgegen. Ein Lösungsansatz sind hier erhöhte und ergänzende Entgelte für ambulante palliative Leistungen in diesen Regionen. Zur Förderung stationärer Strukturen in ländlichen Gebieten sind infolge des geringen Versorgungsbedarfs und damit einhergehend, nicht wirtschaftliche kleine Betriebsgrößen für Hospize oder Palliativstationen, finanzielle Sicherstellungszuschläge ein zielführender Ansatz.

Es wurde schließlich aufgezeigt, dass die finanzielle Belastung der Patienten je nach Ort der Versorgung erheblich voneinander abweicht. Bei dem Sterbeprozess im engeren Sinne handelt es sich i.d.R. um eine Zeitspanne von weniger als einem Monat. Mithin ist es angebracht, die Eigenbeiträge der Patienten für diesen Zeitraum anzupassen. Dies könnte insbesondere durch Änderungen bei der Finanzierung der Pflegeheime erfolgen, indem der absehbar sterbende Patient Anspruch auf eine Zusatzzahlung erhält, wenn der Hausarzt oder ein Klinikarzt ihm einen erhöhten palliativen Versorgungsbedarf bescheinigen. So könnten die Bewohner in ihren letzten Lebenstagen finanziell entlastet und mit jenen in Hospizen und Kliniken gleichgestellt werden.

⁵⁹ Vgl. Weihrauch, B. (2016), S. 295

Literaturverzeichnis

Allert, R. (2005): Das Krankenhaus, ein Sterbeort 1. und 2. Klasse?, in: das Krankenhaus, Ausgabe 5.2015, S. 444-450

Allert, R. (2010): Stand und Handlungsbedarf der bundesdeutschen Hospizbewegung: Studie zur aktuellen Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsentwicklung

Bertelsmann Stiftung (2015a): SPOTLIGHT GESUNDHEIT - Daten, Analysen, Perspektiven10|2015 – Palliativversorgung

Bertelsmann Stiftung (2015b): Palliativversorgung - Modul 2: Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung

Breuer, C./Happe, K. (2015): Palliativversorgung in Deutschland - Perspektiven für Praxis und Forschung

Bruhn, M. (1991): Sponsoring - Unternehmen als Mäzene und Sponsoren, 2. Auflage

Bundesgesundheitsministerium (2017): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Internet, letzter Zugriff: 30.06.2018

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2015): Palliativversorgung im Krankenhaus - Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verbandes (DHPV) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Bundesärztekammer (Hrsg.) (2017): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland - Handlungsempfehlungen

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2005): Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin - Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, Drucksache 15/5858, 22.06.2005

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2009): Information des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands über die vom Deutschen Bundestag am 18.06.2009 beschlossene Neuordnung der Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizarbeit gemäß § 39a Abs. 1 und 2 SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen und § 37b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2016): Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland - Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand

Deutsche Stiftung Patientenschutz (2013): Benachteiligung von Privatversicherten bei SAPV und Hospiz, in: Pressemeldungen vom 28.05.2013

Diakonie Deutschland (Hrsg.) (2014): Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, Diakonie Texte 08.2014

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband e.V., Deutscher Caritasverband e.V. (2015): Stellungnahme Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

Garske, D./Michel, E./Zernikow, B. (2013): Strukturelle und organisatorische Grundlagen, in: Zernikow, B. (Hrsg.): Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 2. Auflage, S. 4-35

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser: Bundeseinheitliche Regelungen beschlossen, 24.11.2016, Internet, letzter Zugriff: 28.06.2018

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018): Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen (Zusatzbezeichnung), Internet, letzter Zugriff: 10.08.2018

GKV-Spitzenverband (2017): Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung

Haibach, M. (2012): Handbuch Fundraising

Holzkämper, H. (2018): Kompendium Gesundheitsökonomie - Strukturen, Institutionen, Finanzierung

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Gesundheitsdaten - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Internet, letzter Zugriff: 20.08.2018

Kränzle, S. (2014): Stationäres Hospiz, in: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, S. 145-150

Maier, O. (2016): Formen der Finanzierung von Palliativversorgung im Krankenhaus, Internet, letzter Zugriff: 12.07.2018

Mühlum, A./ Student, J.-C./ Student U. (2007): Soziale Arbeit und Palliative Care

Müller, D./Wistuba, B. (2014): Die Situation von Hospizarbeit und palliative care in Deutschland: Fakten, Bewertungen, Verbesserungsbedarf

O.V. (2015): Pflege - I Care, Georg Thieme Verlag

Schick, S. (2014): Stiftungen, in: Arnold, U./Grunwald, K./Maelicke, B. (Hrsg.), Lehrbuch der Sozialwirtschaft, 4. Auflage, S. 570-581

Seeger, C. (2014a): Palliativstation, in: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, S. 159-160

Seeger, C. (2014b): Leitlinien der Palliative Care, in: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C. (Hrsg.): Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung, 5. Auflage, S.17-20

Statistisches Bundesamt (2013): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) - Fachserie 12 Reihe 6.2.1.

Statistisches Bundesamt (2018): Sterbefälle, Lebenserwartung, Internet, letzter Zugriff: 20.08.2018

Urselmann, M. (2014): Fundraising - Professionelle Mittelbeschaffung für steuerbegünstigte Organisationen, 6. Auflage

Weihrauch, B. (2016): Hospizbewegung und Palliativmedizin in Deutschland - Ziele, Konzept und Entwicklung, in: May, A. et al. (Hrsg.): Patientenverfügungen - Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer, S. 293-311

Wichmann, C./Wilkening, K. (2016): Palliative Care in Einrichtungen in: May, A. et al. (Hrsg.): Patientenverfügungen - Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer, S. 323-330

WHO (2002): Definition of Palliative Care 2002, Internet, letzter Zugriff: 06.08.2018

Gesetze, Verordnungen, Vereinbarungen

- Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I, S. 2114)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V - Anlage 30
- Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i.d.F. vom 31.03.2017
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
- Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld
- Vereinbarung für Besondere Einrichtungen 2016 (VBE 2016)