

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/6007 –**

Situation der stationären Palliativ- und Hospizversorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Fast jede bzw. jeder zweite Sterbende verstirbt in Deutschland im Krankenhaus; mehr als ein Drittel der Verstorbenen lebte in einem Pflegeheim. Jedoch besteht eine eklatante Unterversorgung an stationären Palliativ- und Hospizleistungen, was inzwischen unstrittig ist (www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/%C3%9Cbersicht_zum_aktuellen_Stand_der_Hospiz_08-2015_wegweiser.pdf). Wartelisten für Hospize und einsam Sterbende in Pflegeheimen gingen als Skandalthema durch die Presse (www1.wdr.de/studio/essen/nrwinfos/nachrichten/studios95554.html).

In Krankenhäusern, insbesondere auf Stationen der Regelversorgung und in stationären Pflegeeinrichtungen, fehlen Palliativfachkräfte und Palliativkonzepte. Durch die Einführung der Fallpauschalen DRG (Diagnosis Related Groups) und die Kürzung der Pauschale OPS 8-982 für die palliativmedizinische Komplexbehandlung im Jahr 2013 wurde der Kostendruck auf die Kliniken erhöht. Die mangelhafte Finanzierung führt dazu, dass die Behandelnden noch in der finalen Sterbephase abrechenbare diagnostische und therapeutische Leistungen verordnen, die die Patienten unnötig belasten und ihre Würde erheblich verletzen.

Ärzte wollen heilen und Leben retten. Für Palliativmediziner und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Hospizen ist daneben wichtig, den Patienten mit all seinen Symptomen umfassend zu versorgen, sich Zeit nehmen zu können, nachzufragen, zuzuhören und begleiten zu können, in dem Wissen, dass Hilfe bei der Versorgung der Familie einer/einem Sterbenden wichtiger sein kann als die Krebstherapie.

Durch Arbeitsverdichtung und Personalmangel kann eine solche Begleitkultur in stationären Pflegeeinrichtungen nicht wachsen. Von einem „Sterben zweiter Klasse“ in Pflegeheimen und von skandalöser Ungleichbehandlung in der Vergütung der Sterbebegleitung für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner im Vergleich zu stationären Hospizen durch die Kranken- und Pflegekassen spricht nicht nur die Deutsche Stiftung Patientenschutz (www.stiftung-patientenschutz.de/news/570/68/Zwei-Klassen-Sterben-beenden---Deutsche-Stiftung-Patientenschutz-fordert-Recht-auf-hospizliche-Versorgung-auch-fuer-Pflegeheimbewohner). Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner haben zudem

nur in Ausnahmefällen die Möglichkeit, in ein stationäres Hospiz verlegt zu werden, selbst wenn sie die erforderlichen Krankheitsvoraussetzungen erfüllen.

Zentrale Nachteile bestehen auch bei der schmerztherapeutischen Behandlung, weil eine bewohnerunabhängige Bevorratung von Schmerzmitteln im Pflegeheim nicht patientenorientiert geregelt ist. Eine bedarfsorientierte und zeitnahe Schmerzbehandlung zu jedem Zeitpunkt ist in stationären Pflegeeinrichtungen nicht für alle möglich (Pflege- und Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – MDS – nach § 114a Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI, Seite 26-27). Modellprojekte zur Heilkundeübertragung nach § 63 Absatz 3c SGB V, um diese Situation zu verbessern, werden nur zögerlich umgesetzt.

Sterbende Menschen benötigen Palliative-Care in allen stationären Bereichen und Versorgungsformen. Würdevolle Sterbebegleitung beinhaltet eben mehr als abrufbar in der Nähe sein, Sitzwachen und Abschiedsecken. Nach Definition der WHO geht es um einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“.

Die gesamte Betreuung, Begleitung und Pflege, insbesondere der Menschen, die zunehmend nur noch für ihre allerletzten Lebenswochen in ein Pflegeheim ziehen, ist danach auszugestalten. Angehörige müssen durch Beratung und Begleitung in das Palliativ-Care Konzept integriert werden.

Eine mangelnde Datenerfassung erschwert eine Einschätzungen zur tatsächlichen Versorgungsqualität und eine bedarfsdeckende Versorgungsplanung. Die tatsächliche Zahl palliativ versorgter Sterbender kann außerhalb der Krankenhausstatistik nur geschätzt werden. Eine bundesweite Sterbeortstatistik fehlt bis heute.

Es geht um ein radikal an den Bedürfnissen des einzelnen sterbenden Menschen ausgerichtetes, interdisziplinäres Versorgungskonzept. Der Gesetzgeber, die Kostenträger, Leistungserbringer und Versorgungskräfte müssen diesen Perspektivwechsel vollziehen und alles beseitigen, was die Umsetzung eines solchen Versorgungskonzeptes behindert.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Es ist ein wesentliches Ziel der Bundesregierung, die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu verbessern, damit alle Menschen dort, wo sie leben, möglichst schmerzfrei, gut versorgt und begleitet die letzte Lebensphase antreten können. Der Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG; Bundestagsdrucksache 18/5170) stärkt deshalb die Hospiz- und Palliativversorgung in allen Versorgungsbereichen, insbesondere in der ambulanten und stationären Regelversorgung, und fördert die Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungs- und Betreuungsangebote. Die Fragesteller beziehen sich im Wesentlichen nur auf den Teilbereich der Hospiz- und Palliativversorgung, der die stationäre Versorgung in Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Hospizen betrifft.

Zu stationären Pflegeeinrichtungen:

Rund 2,7 Millionen Menschen in Deutschland sind derzeit pflegebedürftig. Ungefähr 340 000 Menschen versterben jährlich in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Generell gehören sowohl die Sterbebegleitung im Rahmen der sozialen Be-

treuung wie auch die notwendigen pflegerischen Leistungen der Grund- und medizinischen Behandlungspflege zum Versorgungsauftrag der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Begleitung pflegebedürftiger Menschen bei der Gestaltung ihres Lebensalltags bis zu ihrem Tode ist daher bereits heute eine originäre Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen.

Nach den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der vollstationären Pflege sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, Angebote zur Sterbebegleitung auf der Basis eines entsprechenden Konzeptes vorzuhalten. Die Bedeutung der Sterbebegleitung wird von Trägern der Pflegeeinrichtungen sowie den Heim- und Pflegedienstleitungen auch zunehmend erkannt. Nach Angaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zeigen etwa die Qualitätsprüfungsergebnisse aus dem Jahr 2012, dass inzwischen 96,8 Prozent und damit nahezu alle der ca. 11 000 überprüften stationären Pflegeeinrichtungen ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines entsprechenden Konzeptes vorweisen können. Auch in der ambulanten Versorgung gehört Sterbebegleitung zu den Aufgaben des Pflegedienstes; eine ggf. notwendige weitergehende (spezialisierte) palliativmedizinische und behandlungspflegerische Versorgung fällt in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch den von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurf werden in stationären Pflegeeinrichtungen die Hospiz- und Palliativkultur und die vielfach bereits bestehenden Ansätze eines vernetzten Leistungsangebots unterstützt, indem nunmehr in den Rahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung die Bedeutung der Sterbebegleitung entsprechend der leistungsrechtlichen Klarstellung durch deren ausdrückliche Benennung betont wird und indem die in der vollstationären Pflege bestehenden Mitteilungspflichten um Informationspflichten zur Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen erweitert werden. Die generell von den Krankenkassen durch Zuschüsse geförderten ambulanten Hospizleistungen können danach in stationären Pflegeeinrichtungen besser eingebunden und erbracht werden. Damit wird in stationären Pflegeeinrichtungen die Hospizbetreuung gestärkt, um den Betroffenen ein Verbleiben in diesen Einrichtungen bei qualifizierter Sterbebegleitung zu ermöglichen.

Zur Krankenhausversorgung:

Der von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zielt auch darauf, die Palliativversorgung in Krankenhäusern zu stärken. Die gesetzlichen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung tragen der hohen Bedeutung von Palliativstationen Rechnung, indem die Vergütung von Palliativeinrichtungen optional im DRG-System oder nach hausindividueller Verhandlung vergütet werden können.

Die Fallpauschalen, die von rund 85 Prozent der Krankenhäuser mit palliativmedizinischer Leistungserbringung abgerechnet werden, berücksichtigen differenziert aufwandsbeeinflussende Patientenkriterien und werden im Falle palliativmedizinischer Komplexbehandlung durch nach Dauer gestaffelte unterschiedliche Zusatzentgelte ergänzt. Die Aussage, dass eine Kürzung des Zusatzentgeltes in 2013 den Kostendruck erhöht hat, verkennt die tatsächlichen Hintergründe. So ermöglichte der Einbezug des 2012 neu eingeführten OPS-Codes [8-98e] erstmals eine differenzierte Kalkulation der spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung mit deutlich höheren Anforderungen [8-98e] und der palliativmedizinischen Komplexbehandlung [8-982]. Damit machte die iso-

lierte Betrachtung der Kosten der verschiedenen palliativmedizinischen Prozedurenkodes eine Differenzierung des seit 2007 bestehenden Zusatzentgeltes [ZE 60] möglich, die dem erhöhten Aufwand gegenüber dem ZE 60 auch finanziell Rechnung trägt.

Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen oder aufgrund einer Häufung von schwerkranken Patienten im Fallpauschalensystem noch nicht sachgerecht vergütet werden, können als sogenannte besondere Einrichtung zeitlich befristet aus der DRG-Vergütung ausgenommen werden. Die Vergütungen werden dann auf Antrag der jeweiligen Krankenhäuser mit den Kostenträgern individuell verhandelt. Details zu dieser Möglichkeit, die auch für Palliativstationen bereits besteht, werden von den Kostenträgern in der jährlichen Vereinbarung zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen (VBE) geregelt. Die VBE enthielt von Ende 2008 bis in das Jahr 2013 einen Prüfauftrag dazu, inwieweit die Notwendigkeit der Abbildung als besondere Einrichtung erforderlich oder ggf. anzupassen sei. Auch wenn der Prüfauftrag in der VBE gestrichen wurde, wird für Palliativstationen oder -einheiten die Option gestärkt, krankenhausesindividuelle Entgelte anstelle von bundesweiten Entgelten zu verhandeln. So können Palliativstationen zukünftig frei entscheiden, ob sie als besondere Einrichtung verhandeln wollen.

Zu stationären Hospizen:

Ein Schwerpunkt des von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurfs zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland ist die Förderung der Hospizbewegung. Insbesondere die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize wird durch eine Erhöhung des Mindestzuschusses der gesetzlichen Krankenversicherung sowie eine Erhöhung des Zuschusses zu den zuschussfähigen Kosten verbessert. Den Partnern der Rahmenvereinbarung über Art und Umfang sowie die Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung wird aufgetragen, die Förderung an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen anzupassen und Standards zu Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen zu vereinbaren. Dem erhöhten Verwaltungsaufwand stationärer Hospize soll dabei besonders Rechnung getragen werden. Dies dient zugleich der Verringerung regionaler Unterschiede bei der finanziellen Förderung stationärer Hospize und beseitigt Rechtsunsicherheiten über Inhalt und Umfang der zuschussfähigen Kosten. Für Kinderhospize sind eigene Rahmenvereinbarungen möglich.

Stationäre Hospize sind keine Einrichtungen mit umfassendem Versorgungsauftrag und gesetzlicher Gewährleistungsverantwortung, sondern bürgerschaftlich getragene, kleine Einrichtungen, die auf die Sterbebegleitung ausgerichtet sind und wesentlich von Spenden und ehrenamtlichem Engagement getragen werden. Der Staat fördert dieses Engagement, kann stationäre Hospize jedoch – im Gegensatz zu stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern – nicht mit einem umfassenden Versorgungsauftrag betrauen. Stationäre Hospize sind nicht Leistungserbringer im Sinne des SGB V. Das Ehrenamt kann auch keiner den professionellen Leistungserbringern vergleichbaren Zulassung, Bedarfsplanung oder Wirtschaftlichkeitsprüfung unterworfen werden. Wegen der konzeptionellen, organisatorischen und personellen Besonderheiten stationärer Hospizversorgung und der vergleichsweise sehr geringen Zahl stationärer Hospizplätze ist ein Vergleich mit der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Regelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern nur eingeschränkt möglich.

1. Wie viele Menschen verstarben nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland in den Jahren 2013 und 2014 in einem Krankenhaus, in einer außerhospizlichen stationären Pflegeeinrichtung, in einem stationären Hospiz, in einem Kinderhospiz, in einer stationären Behinderteneinrichtung, in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe oder in einem Flüchtlingsheim?

Die Bundesregierung hat keine eigenen Erkenntnisse über die statistische Verteilung der Sterbeorte in der Bevölkerung. Das Statistische Bundesamt erhebt lediglich die Zahl der in Krankenhäusern gestorbenen Menschen. Im Jahr 2013 sind 417 290 Menschen in Krankenhäusern verstorben. Bei einer Gesamtsterblichkeit von 893 825 Menschen in 2013 entspricht dies einem Anteil von 46,7 Prozent der Menschen, die in einem Krankenhaus verstorben sind. Für das Jahr 2014 liegen keine Informationen zur Zahl der Sterbefälle in Krankenhäusern vor.

2. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der jeweilige Anteil unter den in Krankenhäusern Verstorbenen
 - a) auf einer Palliativstation,
 - b) auf einer intensivmedizinischen Station und
 - c) auf einer Station der Regelversorgung?

Die nachfolgenden Angaben basieren auf Daten des Statistischen Bundesamtes für das aktuelle Datenjahr 2013. Darin erfolgt die Zuordnung der Fälle jeweils zu der Fachabteilung, in der die längste Verweildauer während des stationären Aufenthaltes erreicht wurde. Danach beläuft sich der Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten auf Palliativstationen auf rund 45 Prozent. Für intensivmedizinische Stationen ergibt sich ein Anteil von rund 25 Prozent. Sofern der Regelversorgung in Anlehnung an krankenhauserplanerische Regelungen die Fachabteilungen der Inneren Medizin und Allgemeinen Chirurgie zugeordnet werden, beträgt der entsprechende Anteil der dort verstorbenen Patientinnen und Patienten rund 3 Prozent.

3. Wie viele Palliativstationen mit jeweils wie viel Betten existieren nach Kenntnis der Bundesregierung gegenwärtig in deutschen Krankenhäusern (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Angaben zur Anzahl von Palliativstationen und Betten liegen der Bundesregierung nicht vor. Auf der Grundlage der nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes verfügbaren Daten wurden im Jahr 2013 in rund 500 Krankenhäusern stationär-palliativmedizinischer Komplexbehandlungen (OPS 8-982 bzw. 8-98e) dokumentiert.

4. Wie viele stationäre Hospize mit wie viel Hospizbetten versorgen nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich wie viel schwerstkranke und sterbende Menschen in Deutschland (bitte nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln)?
5. Wie viele Kinderhospize mit wie viel Hospizplätzen versorgen nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich wie viel schwerstkranke und sterbende Kinder in Deutschland (bitte nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Fragen 4 und 5 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Angabe des GKV-Spitzenverbandes gibt es in Deutschland aktuell 228 stationäre Hospize (214 für Erwachsene und 14 für Kinder und Jugendliche). Statistische Angaben über die konkrete Anzahl der verfügbaren Hospizplätze und die Zahl der jährlich aufgenommenen Erwachsenen bzw. Kinder und Jugendlichen sowie deren Angehöriger liegen der Bundesregierung nicht vor. Auch dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und dem GKV-Spitzenverband liegen hierzu keine Angaben vor. Nach der Rahmenvereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen gemäß § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V sind stationäre Hospize selbständige, kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens acht und höchstens 16 Plätzen.

6. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der stationären Hospiz- und Palliativbetten je 1 Million Einwohner in Deutschland seit dem Jahr 1990 im Bundesdurchschnitt und in den jeweiligen Bundesländern (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?
7. Welche Anzahl von stationären Palliativ- und Hospizbetten je 1 Million Einwohner hält die Bundesregierung angesichts der wachsenden Zahl an älter werdenden, mehrfach und chronisch erkrankten Menschen für bedarfsdeckend?
8. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den wissenschaftlichen Empfehlungen von 80 bis 100 erforderlichen Palliativ- und Hospizbetten je 1 Million Einwohner (Bedarfsplanung stationäre Hospize für Erwachsene und Kinder in Nordrhein-Westfalen im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Universitätsmedizin Göttingen, S. 5)?
9. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über den palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgungsgrad in Deutschland vor, und wie beurteilt die Bundesregierung den erreichten Stand gemessen an dem international anerkannten Bedarf von 60 Prozent aller Sterbenden (Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2011)?
10. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Nachfrage nach stationären Hospizplätzen seit der Einführung des DRG-Systems (Fallpauschalen) und der damit verbundenen geringeren Verweildauer in den Krankenhäusern seit dem Jahr 2004 und im Vergleich zum Zeitraum bis zum Jahr 2004 entwickelt (bitte in absoluten Zahlen ausweisen)?

Die Fragen 6 bis 10 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Stationäre „Hospiz- und Palliativbetten“ werden als Kennzahlen von der Bundesregierung und dem GKV-Spitzenverband nicht erhoben.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) erstellt im Rahmen des „Wegweisers Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ entsprechende Statistiken auf Grund freiwilliger Angaben der jeweiligen Einrichtungen zur Verfügung. Die Erhebung erfasst nach eigener Auskunft der DGP zum Stand August 2015 insgesamt 289 Palliativstationen und 206 stationäre Hospize mit deren jeweiliger Bettenanzahl und einer Mittelwertbildung je Million Einwohner der jeweiligen Länder (www.dgpalliativmedizin.de/projekte/wegweiser-hospiz-und-palliativversorgung-deutschland.html). Die Bedarfsangaben der Fragesteller entsprechen den Empfehlungen der DGP.

Palliativ ausgerichtete Gesundheits- und Pflegeleistungen sind integrale Bestandteile der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowohl in den ambulanten und als auch in den stationären Versorgungsbereichen. Die Erbringung allgemeiner palliativmedizinischer oder palliativpflegerischer Leistungen lässt sich in der Regel nicht sinnvoll von anderen medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen in der letzten Lebensphase abgrenzen (z. B. Schmerzbehandlung, Symptomkontrolle). Der konkrete Bedarf an palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen lässt sich also nur schwer bestimmen. Zudem hängt die Frage, ob der Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung (z. B. bei Patienten mit komplexer Schmerzsymptomatik oder aus anderen Gründen besonders aufwendigem Versorgungsbedarf) ambulant oder stationär abgedeckt werden kann, von den sehr unterschiedlichen örtlichen Versorgungsstrukturen ab (insb. vom Vorhandensein von SAPV-Teams oder palliativ spezialisierten ambulanten Leistungserbringern und Pflegediensten, durch deren Versorgung insbesondere unnötige und ungewollte Krankenhauseinweisungen vermieden werden können).

Die Bundesregierung geht davon aus, dass neben der ambulanten auch die stationäre Hospiz- und Palliativversorgung weiter ausgebaut und die Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern gestärkt werden muss. Das gilt vor allem in strukturschwachen und ländlichen Regionen. Deshalb hat die Bundesregierung mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland entsprechende Maßnahmen in der GKV, in der SPV und im Krankenhauswesen vorgesehen (siehe dazu die Vorbemerkung der Bundesregierung). Im Übrigen tragen die Länder im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Zahl an Krankenhäusern und Krankenhausbetten auch hinsichtlich der Palliativversorgung.

11. Wie hoch ist jährlich die Zahl der Leistungsfälle, die über die Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung mit den Schlüssel-Nummern OPS 8-982 und OPS 8-98e seit Einführung der DRG ins Krankenhausentgeltsystem abgerechnet wurden (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Seitdem die entsprechenden Zusatzentgelte abrechenbar sind, entwickelt sich nach Auskunft des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Zahl der Leistungsfälle wie folgt:

Zusatzentgelt [OPS]	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-982; ZE 60)	16.388	21.060	27.922	34.340	39.995	33.661	36.265	33.048
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98e; ZE 145)						10.137	15.949	25.643
Gesamt	16.388	21.060	27.922	34.340	39.995	43.798	52.214	58.691

Eine länderbezogene Aufstellung der oben dargestellten Fallzahlentwicklung liegt der Bundesregierung nicht vor.

12. Wie viele Krankenhäuser wurden jährlich seit Einführung der DRG als besondere Einrichtung nach § 17b Absatz 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen?

Nach Auskunft des Wissenschaftlichen Instituts der AOK stellt sich die Zahl der Vereinbarung von besonderen Einrichtungen im Zeitverlauf aktuell wie folgt dar:

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
4	44	74	93	110	127	127	131	138	94	95	90	42

Es wird darauf hingewiesen, dass insbesondere für das Jahr 2015 noch nicht alle Budgetvereinbarungen geschlossen sind.

13. Wie hoch ist der Anteil onkologischer Erkrankungen an der Zahl der abgerechneten palliativmedizinischen Leistungsfälle in Krankenhäusern sowie in Hospizen?

Nach Auskunft des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus trugen gemäß Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im Jahr 2014 rund 73 Prozent der Fälle mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung eine onkologische Hauptdiagnose. Für stationäre Hospize liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

14. Befürwortet die Bundesregierung die Einführung eines bundesweiten Palliativsiegels zur Qualitätsförderung der palliativmedizinischen Versorgung in Krankenhäusern sowie den Einsatz von Palliativbeauftragten in stationären Einrichtungen (bitte begründen)?

Ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung eines Krankenhauses kann mit einer Zertifizierung das Engagement für mehr Qualität für Patientinnen und Patienten transparent machen. Dass sich in Deutschland bereits so viele Krankenhäuser freiwillig an Zertifizierungen und Qualitätssiegeln beteiligen, zeigt, dass die angebotenen Verfahren von den Krankenhäusern gut angenommen und umgesetzt werden. In diesem Sinne begrüßt die Bundesregierung Initiativen, die z. B. in Form einer Zertifizierung das Qualitätsbewusstsein erhöhen und zu einer Qualitätssteigerung in der stationären Versorgung beitragen können. Auch im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung sind bereits Qualitätssiegel etabliert wie z. B. das Deutsche Palliativsiegel oder das Palliativ-freundliche Krankenhaus.

Allerdings stellt allein die Teilnahme an einem Zertifizierungsverfahren noch keine gute Versorgung sicher, denn nicht immer werden mit Zertifizierungen sachgerechte Qualitätskriterien abgeprüft. Eine Beurteilung der Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln gestaltet sich deshalb vielfach insbesondere auch für Patientinnen und Patienten schwierig. Aus diesem Grunde hat das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 7 SGB V auch den gesetzlichen Auftrag erhalten, künftig Bewertungskriterien für Zertifikate und Qualitätssiegel im Gesundheitswesen zu erarbeiten und auf Basis dieser Kriterien allgemeinverständlich über den Gehalt der Zertifikate zu informieren. Dadurch wird Transparenz über die Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln hergestellt und ihre Einordnung ermöglicht. Erst auf der Grundlage der Arbeitsergebnisse des IQTiG sollten auch Entscheidungen über Empfehlungen oder Vorgaben für bundesweite Zertifizierungen oder Qualitätssiegel in der palliativen Versorgung getroffen werden.

Ein Palliativbeauftragter könnte im Krankenhaus eingesetzt werden, um insbesondere das Bewusstsein für den Bedarf an palliativmedizinischen Leistungen zu

stärken und deren Erbringung zu unterstützen. Aus Sicht der Bundesregierung kann eine Förderung der palliativmedizinischen Breitenversorgung aber ebenso durch andere Maßnahmen des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements (z. B. die Verankerung palliativmedizinischer Querschnittsaufgaben oder palliativmedizinischer Qualitätszirkel) erreicht werden. Entscheidend ist, dass die palliativmedizinische Versorgung im internen Qualitätsmanagement eines Krankenhauses überhaupt berücksichtigt ist. Für Krankenhäuser besteht seit fünfzehn Jahren die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung und Fortentwicklung dieses einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements (§ 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V).

15. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittliche Auslastung der stationären Hospize und die durchschnittliche Verweildauer der begleiteten Sterbenden in den stationären Hospizen (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
16. Wie viele ehrenamtliche Sterbebegleiterinnen und Sterbebegleiter sind nach Kenntnis der Bundesregierung insgesamt in stationären Hospizen aktiv?
17. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl und der jeweilige Anteil von hauptamtlich Beschäftigten und von ehrenamtlichen Begleitern in den stationären Hospizen seit dem Jahr 2002 entwickelt, und welche Schlussfolgerung und Konsequenz zieht die Bundesregierung aus dieser Entwicklung?
18. Wie differenziert sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Struktur der Leistungserbringer der stationären Hospize nach den einzelnen Trägern, wie der Freien Wohlfahrtspflege, kommunalen und gemeinnützigen sowie privaten Trägern (bitte insgesamt und nach Bundesländern aufschlüsseln)?
19. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der jeweilige durchschnittliche Zuschussbetrag je stationärem und teilstationärem Hospizplatz in der stationären Hospizversorgung bundesweit und differenziert nach Bundesländern?
20. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die tatsächlichen durchschnittlichen kalendertäglichen Kosten je stationärem und teilstationärem Hospizplatz, und wie haben sich diese Kosten seit dem Jahr 2007 entwickelt (bitte insgesamt und nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Fragen 15 bis 20 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Statistische Angaben über die tatsächliche Auslastung stationärer Hospizplätze und die tatsächliche Verweildauer in stationären Hospizen, über die aktuelle Zahl der in stationären Hospizen tätigen hauptamtlichen Beschäftigten und ehrenamtlichen Sterbebegleiter sowie über die Trägerschaft stationärer Hospize liegen der Bundesregierung nicht vor. Auch dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und dem GKV-Spitzenverband liegen hierzu keine Angaben vor. Gleiches gilt für die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten stationärer Hospize.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben nach den gesetzlichen Vorgaben in § 39 a Absatz 1 SGB V Anspruch auf Zuschuss zu stationärer Versorgung in Hospizen. Die Ausgabenstatistik der gesetzlichen Krankenkassen differenziert dabei nicht zwischen Erwachsenen- und Kinderhospizen. Stationäre Hospizleistungen wurden im Jahr 2014 mit insgesamt ca. 94 Mio. Euro bezuschusst. Die Ausgabenentwicklung für stationäre Hospizleistungen seit 2007 gestaltet sich wie folgt:

Statistik KJ 1 / KV 45	Konto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	*1. Hj. 2015
Zuschüsse zu stationären Hospizen	05940	44.572.242	47.794.126	53.739.928	60.432.295	69.072.248	76.307.193	84.683.611	94.085.332	47.192.533
Veränderung zum Vorjahr (je Vers.)		5,07%	7,37%	12,80%	12,79%	14,57%	10,37%	10,73%	9,11%	3,24%
Förderung ambulanter Hospizdienste**	05950	20.804.497	21.664.790	25.236.855	33.504.843	36.808.808	39.579.538	45.782.243	50.206.951	39.189.028
Veränderung zum Vorjahr (je Vers.)		21,69%	4,27%	16,86%	33,16%	10,12%	7,42%	15,41%	8,23%	6,63%
Hospize/Hospizdienste insgesamt		65.376.739	69.458.916	78.976.783	93.937.138	105.881.056	115.886.731	130.465.854	144.292.283	86.381.561
Veränderung zum Vorjahr (je Vers.)		9,84%	6,38%	14,06%	19,30%	12,98%	9,34%	12,33%	8,81%	4,75%

* KV 45, Veränderungsdaten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum;

** bis 2009 einschließlich Zuschüsse zu stationären Hospizen als Mehrleistungen

Die Bundesregierung verweist hinsichtlich der organisatorischen und personellen Mindestanforderungen der stationären Hospizversorgung im Übrigen auf die Rahmenvereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen gemäß § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V.

21. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Zahl der Erst- und Mehrfacheinweisungen von Pflegeheimbewohnern in eine stationäre Krankenhausbehandlung während der prä-mortalen Sterbephase vor (bitte nach Jahren aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Bundesregierung und dem GKV-Spitzenverband keine Erkenntnisse vor.

22. Wie viele Pflegeheime haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung auf die Pflege von Palliativpatienten spezialisiert und bieten entsprechende Abteilungen bzw. Bereiche mit wie vielen Plätzen an?

Hierzu liegen der Bundesregierung und dem GKV-Spitzenverband keine Erkenntnisse vor.

23. Wie viele der in den Jahren 2013 und 2014 abgerechneten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurden jeweils für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sowie stationärer Hospize erbracht (bitte jeweils nach Erst- und Folgeverordnung aufschlüsseln)?

Die amtliche Statistik KG3 zu den SAPV-Abrechnungsfällen differenziert nicht zwischen den jeweiligen Leistungsorten.

24. Wie viele Pflegekräfte erwarben nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich seit dem Jahr 2000 eine Zusatzausbildung für Palliativpflege oder Palliative-Care, und wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der durchschnittliche Anteil von Fachkräften in stationären Pflegeeinrichtungen ohne palliative Zusatzausbildung?

Bei der „Zusatzausbildung für Palliativpflege“ handelt es sich um Weiterbildung, die in der Zuständigkeit der Länder liegt. Der Bund regelt im Bereich der Heilberufe lediglich die Ausbildung. Erkenntnisse über die Anzahl der Absolventen dieser Weiterbildung oder den durchschnittlichen Anteil von Fachkräften mit dieser Weiterbildung liegen der Bundesregierung nicht vor.

25. Wie viele Verlegungsanträge für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sowie aus stationären Einrichtungen der Behinderten- und Wohnungslosenhilfe in ein Hospiz wurden jährlich seit dem Jahr 2002 bei den Krankenkassen gestellt, und wie hoch ist die Ablehnungsrate?

Zu Verlegungsanträgen, Wartezeiten oder Ablehnungsquoten liegen der Bundesregierung keine Daten vor. Auch dem DHPV und dem GKV-Spitzenverband liegen hierzu keine Angaben vor.

26. In welcher Form spiegelt sich der erhöhte palliative Bedarf in der Sterbephase von Pflegebedürftigen in den Pflegestufen sowie in den zukünftigen Pflegegraden wider?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn ein Mensch sich im Alltag nicht mehr selbstständig versorgen kann. Dementsprechend ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der durch eine Krankheit oder Behinderung begründete Hilfebedarf bei den in § 14 Absatz 4 SGB XI gesetzlich definierten Alltagsverrichtungen aus den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung maßgeblich. Im Entwurf für ein Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgesehen, der kognitive, psychische und körperliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten gleichrangig berücksichtigt. Maßstab ist die Selbständigkeit eines Menschen in sechs Lebensbereichen. Ziel der Leistungen der Pflegeversicherung ist es, den Pflegebedürftigen zu helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das ihrer Würde entspricht. Daher werden im Rahmen der Begutachtung heute und zukünftig solche Hilfebedarfe bzw. Beeinträchtigungen mit erfasst, die die Fähigkeit zur Selbständigkeit und Selbstbestimmung beeinträchtigen. Erhöhen sich die Hilfebedarfe bzw. Beeinträchtigungen eines Pflegebedürftigen – auch in der Sterbephase –, erfolgt eine Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe bzw. einem höheren Pflegegrad.

27. Wie hoch ist der jeweilige durchschnittliche Zuschussbetrag der Krankenkassen für eine sterbende Pflegeheimbewohnerin bzw. einen sterbenden Pflegeheimbewohner bundesweit und differenziert nach Bundesländern?

Soweit es um Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bzw. der Pflegekassen geht, wird auf die Antwort zu Frage 26 verwiesen. In der GKV gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip. Ambulante Hospizdienste erhalten von den Krankenkassen Zuschüsse zu geleisteten Sterbebegleitungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 39a Absatz 2 SGB V. Eine nach Leistungsorten differenzierte Förderstatistik liegt der Bundesregierung nicht vor. Auch dem DHPV und dem GKV-Spitzenverband liegen hierzu keine Angaben vor.

28. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeit, einen Vergütungszuschlag in stationären Pflegeeinrichtungen analog dem noch geltenden § 87 b SGB XI (personenbezogenes Personalkostenfinanzierungsmodell für Personengruppen mit erhöhtem Versorgungsbedarf) für die Hospiz- und Palliativversorgung in Anlehnung an den Vorschlag der Diakonie bundeseinheitlich umzusetzen?

Die hospizlichen, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Bedarfe der Bewohner von Pflegeheimen sollen durch ein entsprechendes vernetztes, qualitätsgestütztes Leistungsangebot abgedeckt werden. Dazu gehört insbesondere

auch, die Aufgabe Sterbebegleitung als Teil der Pflege in diesem Gesamtzusammenhang zu stärken. Eine Aufsplittung der Aufgaben des Pflegepersonals und Abtrennung der hospizlichen und palliativen Versorgung durch gesonderte Hospizkräfte würde mit Sterbebegleitung als regelhaftem Bestandteil von Pflege rund um die Uhr durch alle Pflegekräfte schwer vereinbar sein. Sterbebegleitung als Bestandteil des Pflegeprozesses und der Aufgaben des regulären Pflegepersonals steht im Einklang mit dem pflegewissenschaftlichen Konzept der Bezugspflege. Ziel der Bundesregierung ist es, in stationären Pflegeeinrichtungen die Hospizbetreuung zu stärken, um den Betroffenen ein Verbleiben in diesen Einrichtungen bei qualifizierter Sterbebegleitung zu ermöglichen. Dagegen bliebe unklar, wie durch eine gesonderte Vergütung für zusätzliches Personal für die stationäre Palliativversorgung der Gesamtzusammenhang der Leistungserbringung in der stationären Pflege gestaltet und die jeweiligen fachlichen und sozialrechtlichen Leistungszuordnungen von Pflege und Palliativversorgung gewahrt werden sollten.

29. Welche konkreten Erkenntnisziele verfolgt die Bundesregierung mit dem Modellprojekt „Versorgung sterbender Menschen in der stationären Langzeitpflege“, und wann soll das Projekt abgeschlossen sein?

Es ist Anliegen der Bundesregierung, eine erfolgreiche Hospizkultur und eine fachgerechte medizinisch-pflegerische Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu verankern. Untersuchungen zeigen, dass Pflegebedürftige in der Sterbephase oft in ein Krankenhaus überwiesen werden, da ein Teil der Pflegeheime nicht im erforderlichen Maß auf die Versorgungsbedarfe ihrer Bewohner und Bewohnerinnen am Lebensende eingeht oder eingehen kann. Es gibt aber auch stationäre Pflegeeinrichtungen, die Hospizkultur und Palliativ-Care-Kompetenzen entwickelt haben. Sie können Vorbildfunktion im Sinne von Best-Practice-Ansätzen haben.

Mit dem genannten Modellprojekt sollen daher einerseits Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Gründe dafür vorliegen, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen in der Sterbephase in ein Krankenhaus überwiesen werden, und andererseits Rahmenbedingungen sowie fördernde und hemmende Faktoren für Best-Practice-Beispiele identifiziert werden, die für eine würdevolle Versorgung der Menschen am Lebensende in den Pflegeheimen selbst flächendeckend eingeführt werden können. Dabei geht es sowohl um organisatorische Fragestellungen und Formen der Zusammenarbeit als auch um Fragen der Kompetenz und der Qualifizierung von ärztlichem und pflegerischem Personal. Das in Kürze anlaufende Projekt soll im Jahr 2017 abgeschlossen werden.

30. Welche Modellprojekte zur Heilkundeübertragung werden nach Kenntnis der Bundesregierung gegenwärtig durchgeführt, und welche Ergebnisse, insbesondere zur besseren Schmerzbehandlung in stationären Pflegeeinrichtungen liegen bisher vor?

Bisher wurden keine Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Leistungen durch Angehörige der Pflegefachberufe durchgeführt. Daher wurden mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) die Anforderungen erleichtert sowie das Verfahren der Entwicklung und Genehmigung von Ausbildungsplänen verkürzt. Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes werden gegenwärtig die Vorbereitungen zur Schaffung der Voraussetzungen der Qualifikation spezieller Pflegefachkräfte getroffen. Die Präzisierung des notwendigen Curriculums durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Umsetzung in der Fachschulausbildung werden anschließend erfolgen.

31. Welche interkulturellen Hospiz- und Palliativangebote gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung gegenwärtig für Menschen mit Migrationshintergrund (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, welche der zahlreichen ambulanten Hospiz-, Palliativ- und Pflegedienste eine originär interkulturelle Ausrichtung haben bzw. sich speziell oder ausschließlich an Menschen mit Migrationshintergrund richten. Gleiches gilt für die konzeptionelle Ausrichtung stationärer Pflegeeinrichtungen und Hospize. Vor allem in Großstädten wie Berlin gibt es zahlreiche spezialisierte Pflege- und Palliativdienste zur Versorgung beispielsweise türkischer und russischer Migrantinnen und Migranten.

In der Regel begleiten und versorgen ambulante Hospiz- und Palliativdienste sowie stationäre Hospize Sterbende und ihre Angehörigen unabhängig von ihrer Herkunft bei gleichzeitiger Berücksichtigung der individuellen ethischen und religiösen Aspekte. Dabei wird eine große Bandbreite von Herkunftsländern und Religionszugehörigkeiten der versorgten Menschen berücksichtigt. Im Rahmen des Prozesses zur Umsetzung der von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, dem Deutschen Hospiz- und Palliativ Verband und der Bundesärztekammer getragenen „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ befassen sich in speziellen Arbeitsgruppen Experten u. a. auch mit dem Themenschwerpunkt, wie multikulturelle Aspekte und Bedürfnisse in der gesamten Hospiz- und Palliativversorgung stärker Berücksichtigung finden können und wie die bei Menschen mit Migrationshintergrund verbreitet noch geringe Inanspruchnahme professioneller Hospiz- und Palliativangebote (etwa wegen Sprachbarrieren oder fehlender Verankerung der Hospizkultur) verstärkt werden kann.

32. Wie ist die Palliativversorgung und Sterbebegleitung für Asylbewerberinnen und Asylbewerber bzw. für Flüchtlinge nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen Bundesländern geregelt, und welche Schlussfolgerung und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus diesen Regelungen?

Nach Auffassung der Bundesregierung erlauben die geltenden Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) zu Gesundheitsleistungen (§§ 4, 6 AsylbLG und § 2 Absatz 1 AsylbLG) eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten. Leistungen zur medizinischen Versorgung nach § 4 des AsylbLG werden in Deutschland bei akuter Krankheit bzw. akutem Behandlungsbedarf und bei schmerzhafter Krankheit erbracht. Dies schließt auch eine ggf. erforderliche palliativmedizinische Versorgung ein. Zusätzliche Leistungen nach § 6 AsylbLG können für sonstige unerlässliche Behandlungen zur Sicherung der Gesundheit gewährt werden. Die Entscheidung darüber, wie die Länder den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsleistungen (§ 4 Absatz 3 AsylbLG) erfüllen, obliegt jedoch den für die Durchführung des AsylbLG nach dem jeweiligen Landesrecht zuständigen Stellen. Eine eigene Prüfungszuständigkeit des Bundes besteht insofern nicht, da die Länder das AsylbLG als eigene Angelegenheit ausführen.

Sofern aufgrund eines erfolgreichen Anerkennungsverfahrens keine Leistungsbeziehung im AsylbLG mehr besteht, haben die Leistungsberechtigten bei bestehender Bedürftigkeit entweder Zugang zum Regelleistungssystem des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII). Für die Abgrenzung zwischen SGB II und SGB XII gelten die gleichen Voraussetzungen wie für Inländer (z. B. Erwerbsfähigkeit, Bedarfsgemeinschaft mit SGB II-Leistungsberechtigten). SGB II-Leistungsbeziehern stehen in der gesetzlichen Krankenversicherung die gleichen Leistungen zu, wie jeder bzw.

jedem anderen gesetzlich Versicherten nach dem SGB V. Im SGB XII besteht Anspruch auf Leistungen zur Krankenbehandlung nach § 23 Absatz 1 i. V. m. § 48 SGB XII. Diese begründen zwar keine Mitgliedschaft in der GKV; die Empfänger von Sozialhilfe erhalten jedoch den Leistungen der GKV entsprechende Hilfen (§ 52 SGB XII, § 264 Absatz 2 SGB V).

33. Inwieweit hält die Bundesregierung die Datenlage zur Palliativversorgung in Deutschland für ausreichend, worin sieht sie Mängel, welche Ursachen haben diese, und welche Initiativen hat die Bundesregierung ergriffen oder gefördert, um bundeseinheitlich qualifizierte Datengrundlagen zu entwickeln?

Die Erbringung allgemeiner palliativmedizinischer oder palliativpflegerischer Leistungen als integraler Bestandteil der Regelversorgung in der GKV und der SPV wird in der Regel nicht isoliert erhoben und entsprechend auch nicht separat dokumentiert oder abgerechnet. Über das Leistungsgeschehen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erstellen sowohl der G-BA als auch der GKV-Spitzenverband jährliche Berichte für die Bundesregierung, für die es bisher allerdings keine speziellen gesetzlichen Erhebungsvorschriften gibt. Die Bundesregierung verweist insofern auf den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) und ihre Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates (Bundestagsdrucksachen 18/5170 und 18/5868). Der Gesetzentwurf enthält Regelungen zur Evaluation der Vergütung spezifischer vertragsärztlicher Leistungen in der Palliativversorgung sowie der Kooperationsverträge mit Pflegeheimen zur (auch palliativen) haus- und fachärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner (Artikel 1 Nummer 6 und 8 des Gesetzentwurfs zu den §§ 87 Absatz 1b Satz 6, 119b Absatz 3 SGB V). Darüber hinaus prüft die Bundesregierung neue Regelungen zur Evaluation der Richtlinienbeschlüsse des G-BA über die häusliche Krankenpflege (HKP) im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie zur Evaluation des neuartigen Instruments der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Pflegeheimen. Die Bundesregierung erwartet sich davon in Zukunft einen umfassenden Überblick über das spezifische Leistungsgeschehen der ambulanten und stationären Palliativversorgung.

