



Der Bevollmächtigte des Rates

KOMMISSARIAT DER
DEUTSCHEN BISCHÖFE

Katholisches Büro in Berlin



**Schriftliche Erklärung
des Kommissariats der deutschen Bischöfe
– Katholisches Büro in Berlin –
und
des Bevollmächtigten des Rates der EKD
bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union**

**über die Unterstützung der Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur
Änderung der OPS-Kodes 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung) und 8-98e (Spe-
zialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung)**

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin legt beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Vorschläge zur Änderung der OPS-Kodes 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung) und 8-98e (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung) vor. Diese Änderungen sollen rechtssicher gewährleisten, dass die von einem professionell ausgebildeten Seelsorger/einer professionell ausgebildeten Seelsorgerin im Rahmen der genannten OPS-Kodes erbrachten Leistungen bei der Ermittlung der pro Patient erbrachten Leistungen/Therapiezeit zu berücksichtigen sind.

Die evangelische und katholische Kirche unterstützen die Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ausdrücklich. Leistungen professionell ausgebildeter Seelsorgerinnen und Seelsorger sollten innerhalb der palliativmedizinischen Komplexbehandlung abrechnungsfähig sein.

1.

Die vorgeschlagenen Änderungen der genannten OPS-Kodes sind angesichts der Entscheidung KDE 428 des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG vom 28.10.2020 erforderlich. Die genannte Entscheidung des Schlichtungsausschusses, die die von einem Seelsorger/einer Seelsorgerin erbrachten Leistungen im Rahmen der derzeit geltenden OPS-Kodes nicht für berücksichtigungsfähig erachtet, verkennt die bereits seit dem Jahr 2002 existierende Definition der Palliativmedizin nach der World Health Organization (WHO). Sie bedeutet einen Rückschritt hinter anerkannte fachliche Standards und beschneidet ohne Not einen essentiellen Bereich der ganzheitlichen palliativen Versorgung, der sich auf die spirituellen einschließlich religiösen

Bedürfnisse eines schwerkranken und sterbenden Menschen in dieser existentiell herausfordernden Lebensphase richtet.

Nach der Definition der WHO ist die Palliativmedizin bzw. Palliative Care ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen und körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art sind. Dabei ist die Seelsorge eine eigenständige Tätigkeit spiritueller Art im Sinne der Definition der WHO, die einen eigenständigen Charakter etwa im Vergleich zur Psychotherapie besitzt und dem umfassenden, ganzheitlichen Behandlungskonzept der Palliativmedizin zuzuordnen ist (siehe insoweit auch ausdrücklich die Entscheidungen der Sozialgerichte Karlsruhe vom 28.02.2019 - S9 KR 1621/17- und Gelsenkirchen vom 07.08.2019 - S46 KR 70/17). Dies entspricht fachlichen Standards, da Patienten in dieser Lebensphase angesichts der betroffenen existentiellen Dimension von Leiden und Sterben auch eine spirituelle einschließlich religiöse Versorgung gemäß ihrer individuellen Bedarfe erhalten können müssen, wenn sie dies wünschen. Das Recht auf eine solche umfassende wie an den individuellen Bedarfen orientierte Betreuung und Begleitung wird auch in Leitsatz 2 der Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland festgehalten. Um dies im Sinne des ganzheitlichen Behandlungskonzeptes der WHO gewährleisten zu können, müssen Seelsorger/Seelsorgerinnen selbstverständlicher Bestandteil des Behandlungsteams sein und eine anteilige Verantwortung am Therapieplan übernehmen können. Entsprechend werden Seelsorgerinnen und Seelsorger auch nach der S3-Leitlinie Palliativmedizin regelmäßig als Teammitglieder aufgeführt. Hierdurch entsteht ein Mehraufwand, der sich auch von der allgemeinen Krankenseelsorge als ergänzendes Angebot unterscheidet und so wie die übrigen Therapie- und Gesprächsleistungen anderer Berufsgruppen im Rahmen einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung abrechnungsfähig sein sollte.

Die qualifizierte spirituelle Zuwendung am Lebensende und in Krisensituationen, wie sie von den Kirchen mit ihren hierfür speziell ausgebildeten Seelsorgerinnen und Seelsorgern angeboten wird, hat in den vergangenen Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen und wird in einer alternden Gesellschaft im Rahmen einer guten palliativen Versorgung zunehmend wichtig sein. Die Mitarbeit der Seelsorgerinnen und Seelsorger in den multiprofessionellen Behandlungsteams der Hospiz- und Palliativversorgung liefert einen unverzichtbaren Beitrag zur Qualitätssicherung der palliativen Versorgung – und das unabhängig von Therapiezielen oder Bekenntnisgrenzen. Die seelsorgliche Tätigkeit richtet sich an alle Menschen unabhängig von ihrer Religion oder Weltanschauung.

Die Seelsorgerinnen und Seelsorger stehen nach dem Gesagten für spezifische Gehalte der Komplexbehandlung und diesbezüglich teamintern für vielschichtige Klärungs- und Entlastungsprozesse. Ein potentieller Verdrängungseffekt zu Lasten anderer Berufsgruppen, wie er in der Begründung der Entscheidung des Schlichtungsausschusses befürchtet wird, kann daher bei Berücksichtigung der Leistungen eines Seelsorgers/einer Seelsorgerin bei der Ermittlung

der pro Patient erbrachten Leistungen/Therapiezeit nicht angenommen werden. Seelsorgliche Leistungen, die auf die spirituelle wie religiöse Dimension eines Menschen gerichtet sind, können qualifiziert nicht von anderen Berufsgruppen des Behandlungsteams erbracht werden, die zudem auch einen jeweils anderen Kernauftrag haben. Darüber hinaus wäre mit dem Argument des Verdrängungswettbewerbs unter den Berufsgruppen ein problematischer Paradigmenwechsel vollzogen. Denn dies bedeutete, bei der Anerkennung von Leistungen die Interessen von Berufsgruppen in den Vordergrund zu stellen, und nicht das Patientenwohl. Die Orientierung der Versorgung an den Bedürfnissen des Patienten muss aber handlungsleitend bleiben.

2.

Vor diesem Hintergrund stellen die nun vorgeschlagenen Änderungen der OPS-Kodes 8-982 und 8-98e die Berücksichtigungsfähigkeit der Leistungen der Seelsorgerinnen und Seelsorger bei der Ermittlung der pro Patient erbrachten Leistungen/Therapiezeit zweifelsfrei sicher.

Zum einen wird die qualifizierte Seelsorge als Therapiebereich eigens aufgeführt. Dabei wird mit dem Begriff der qualifizierten Seelsorge gewährleistet, dass nur Leistungen von Seelsorgerinnen und Seelsorgern berücksichtigungsfähig sind, die entsprechend professionell ausgebildet sind. Kirchliche Seelsorgerinnen und Seelsorger haben durchweg eine langjährige theologische und pastorale Ausbildung absolviert und sind zudem entsprechend der Standards der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) bzw. der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP) Zusatzqualifiziert. Sie sind für den seelsorglichen Dienst in der Klinik durch die Kirchen autorisiert.

Zum anderen wird klargestellt, dass die genannten Therapiebereiche zum Palliativteam der Palliativeinheit gehören und die regelhafte Teilnahme eines Vertreters/einer Vertreterin – mithin auch des qualifizierten Seelsorgers/der qualifizierten Seelsorgerin - an der wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechung vorausgesetzt ist.

Berlin, den 24. Februar 2021