

© Heiner Melching

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

Aachener Str.5

10713 Berlin

Tel.: 030 / 8182 6885

Mobil: 0172 / 7913 595

Fax: 030 / 8182 6776

eMail: heiner.melching@dgpalliativmedizin.de

Internet: www.dgpalliativmedizin.de

28.11.2011

Entwicklungsstand und Struktur der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland

Die Palliativversorgung in Deutschland hat sich auf allen Ebenen in den letzten Jahren rasant entwickelt. Im Bereich der stationären Versorgung existierten im Januar dieses Jahres 231 Palliativstationen (179 stat. Hospize) (Abb.3) und eine Vielzahl palliativmedizinischer Konsiliardienste, die häufig in Form multidisziplinärer Teams eine Mitversorgung von Palliativpatienten auf allen Stationen eines Krankenhauses anbieten. Im ambulanten Sektor ist insbesondere durch die Gesetzgebung zur speziellen ambulanten Palliativversorgung (SAPV) aus dem Jahr 2007 ein erheblicher Zuwachs an palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen zu verzeichnen. Bislang wurden durch die KBV 186 SAPV-spezifische Betriebsstättennummern vergeben (Stand: 02. 11. 2011), die allerdings aufgrund der großen regionalen Unterschiedlichkeiten keinen exakten Aufschluss über die reale Anzahl tätiger Leistungserbringer von SAPV ermöglichen. Näheres hierzu im Abschnitt zu den ambulanten Versorgungsstrukturen.

In Deutschland verfügten zum 1.02.2011 bereits 5417 Ärztinnen und Ärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“, wovon 2583 im niedergelassenen Bereich tätig waren¹. Hinzu kommen noch etliche Mediziner, die über eine Basisqualifikation Palliativmedizin (40 Std. Kurs) verfügen. Von den Pflegekräften haben sich bisher nahezu 15000 Fachkräfte im Rahmen einer durch die DGP und den DHPV anerkannten Palliative-Care Weiterbildung (160 Std.) qualifiziert. Auch hier sind noch viele hinzuzuzählen, die ihre Palliative-Care Qualifikation über verschiedene Anbieter (z.B. innerbetriebliche Fortbildungsmaßnahmen) erworben haben. Genaue Zahlen hierzu existieren nicht. Auch in den Bereichen der weiteren Berufsgruppen, die einen wesentlichen Bestandteil des multiprofessionellen Ansatzes der Palliativversorgung darstellen, ist eine positive Weiterentwicklung festzustellen. So existieren bereits fachspezifische Curricula zur Palliative Care Qualifikation für Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger, Apotheker, Ehrenamtliche sowie für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Ein Meilenstein in der Entwicklung der Palliativmedizin ist sicherlich auch die Aufnahme des Querschnittfachs Palliativmedizin (Q13) in die Approbationsordnung für Medizinstudenten im Jahr 2009, wodurch Palliativmedizin zum Pflichtlehr- und Prüfungsfach erklärt wurde. Aktuell existieren an acht deutschen Universitäten Lehrstühle für Palliativmedizin, zwei weitere sind in Vorbereitung.

Patientengruppen in der Palliativversorgung

Obwohl spätestens seit der WHO Definition zur Palliative Care aus dem Jahr 2002² feststeht, dass sich Palliativmedizin nicht auf bestimmte Patientengruppen bzw. Krankheitsbilder (wie z.B. Tumor, HIV und ALS) beschränkt, sondern die Definition alle Patienten mit „lebensbedrohlichen Erkrankungen“ berücksichtigt, stellen die Patienten mit onkologischen Erkrankungen mit Abstand die größte Gruppe

dar, die derzeit palliativmedizinische Versorgungsangebote in Anspruch nimmt. Der HOPE Bericht 2010³ zeigt, dass immer noch nahezu 90% aller Patienten aus den untersuchten Einrichtungen eine entsprechende Diagnose aufgewiesen haben (Abb. 4). Es ist allerdings davon auszugehen, dass zukünftig der Anteil anderer Patientengruppen (z.B. COPD, Herzinsuffizienz, u. A.) zunehmen wird.

Stationäre Versorgungsstrukturen

Ab 2012 gibt es erstmals auch eine Regelung für die „Spezialisierte stationäre Palliativversorgung“ (SSPV)

Weder für Palliativstationen noch für palliativmedizinische Konsiliardienste liegen eng umrissene gesetzliche Vorgaben zur Ausgestaltung vor. Auch ein standardisiertes Zertifizierungsverfahren für Palliativstationen existiert derzeit noch nicht, ist aber durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in Vorbereitung. Demzufolge bestehen z.T. beträchtliche Unterschiede in Bezug auf die personelle und räumliche Ausstattung sowie auf das Leistungsspektrum der einzelnen stationären Angebote. Die meisten Palliativstationen orientieren sich jedoch an den Empfehlungen der DGP zu den Raumstandards⁴ und den Personalanforderungen⁵. Darüber hinaus existiert seit Mai 2011 eine „Planungshilfe für baulich-funktionelle Anforderungen an Palliativstationen“⁶, die von der Bauministerkonferenz erstellt wurde. Ein verbindliches Anforderungsprofil an die stationäre Palliativversorgung ergibt sich somit zunächst nur durch die bereits erwähnten Zertifizierungskriterien für onkologische Zentren der DKG, in deren Erhebungsbogen sowohl Leistungs- als auch Strukturmerkmale für Palliativstationen benannt sind, sowie natürlich durch die Vorgaben zur Abrechnung stationärer palliativmedizinischer Leistungen. Hier bestehen grundsätzlich zwei verschiedene Möglichkeiten der Leistungsabrechnung:

1. Palliativstationen haben auch für das Jahr 2012 die Möglichkeit als „Besondere Einrichtung“ (BE)⁷ außerhalb des DRG-Systems ihre Leistungen abzurechnen, wozu die jeweiligen Kliniken mit den Kostenträgern Tagespauschalen aushandeln müssen. Ca. 30% der deutschen Palliativstationen nutzen derzeit diese Möglichkeit.
2. Zusätzlich zur diagnosebezogenen Fallpauschale (DRG) kann mittels der OPS-Ziffer 8-982 ein Zusatzentgelt (ZE 60) als „palliativmedizinische Komplexpauschale“ abgerechnet werden. Im Rahmen der OPS Systematik ist es grundsätzlich nicht vorgesehen, Strukturmerkmale abzubilden, weshalb sich die aus dem OPS 8-982 resultierenden Vorgaben ausschließlich an Leistungsmerkmalen orientieren. Das ZE 60 ist dabei in 4 Bereiche gesplittet, woraus sich folgende Vergütungsmöglichkeiten ergeben:

Zusatzentgelt ZE 60 (zusätzlich zum DRG):

OPS 8-982.0 bis zu 6 Behandlungstage = ohne Erlös

ZE60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ab 2010)

ZE60.01 zum OPS 8-982.1 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage = 1.321,76 €

ZE60.02 zum OPS 8-982.2 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage = 2.108,98 €

ZE60.03 zum OPS 8-982.3 Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage = 3.354,27 €

Die Erfüllung der Mindestmerkmale⁸ für diese OPS-Ziffer ist dabei nicht zwingend an eine Palliativstation gebunden und kann somit ggfs. auch mittels eines Konsiliardienstes erbracht werden. Eine Problematik, die sich aus diesem Finanzierungsmodell für Palliativstationen

ergibt, besteht darin, dass für Patienten, deren Verweildauer auf der Station 6 Tage nicht überschreitet, keine zusätzliche Vergütung erfolgt, obwohl gerade diese Patientengruppe in der Regel einen sehr hohen Versorgungsaufwand benötigt. Auch ist dadurch für Kliniken kein finanzieller Anreiz gegeben, eine qualitativ hochwertige Palliativstation einzurichten, da eine Konzentration auf die Mindestmerkmale hierzu keinen Anlass gibt. Auch aus diesen Gründen begrüßt es die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in einer Stellungnahme⁹ außerordentlich, dass es gelungen ist, für das Jahr 2012 die neue Ziffer 8-98e¹⁰ „Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ im OPS Katalog zu verankern. Eine zusätzliche Vergütung für diese neue Ziffer wird allerdings erst nach Abschluss des Kalkulationszeitraums (ca. 1-2 Jahre) möglich sein.

Ambulante Versorgungsstrukturen (SAPV und AAPV)

SAPV

Im Jahr 2007 wurde mit der Einführung der gesetzlichen Regelungen zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in das Sozialgesetzbuch (§37b und §132d SGB V) eine große Chance für den Ausbau und die Verbesserung der ambulanten Versorgung für schwerstkranke und sterbende Menschen in Deutschland eröffnet. Mittels palliativmedizinisch und -pflegerisch qualifizierter Teams, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften und weiteren psychosozialen Berufsgruppen, unter Einbindung von Ehrenamtlichen, können Betroffene hier auf eine 24Std. Verfügbarkeit zugreifen, die als Ergänzung zum bestehenden Versorgungssystem, u. A. neben einer verbesserten Symptomkontrolle auch dazu beitragen soll, dass nicht gewollte Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Eine Tücke dieser Regelungen besteht allerdings darin, dass diese im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WStG) entwickelt wurden, was zur Folge hatte, dass die SAPV in den Wettbewerb gestellt wurde und somit die Leistungserbringer gefordert waren auf regionaler Ebene Direktverträge mit den einzelnen Kostenträgern abzuschließen. Dazu war es auch erforderlich, dass auf Seiten der Leistungserbringer in vielen Fällen zunächst eine Gesellschaftsform gefunden werden musste, die einen Vertragsabschluss mit den Kostenträgern ermöglicht. Dies ist auch ein Grund dafür, dass zahlreiche SAPV Verträge aus Kliniken heraus geschlossen wurden, die in Punkto vertragsrechtlicher Infrastruktur vielen ambulanten Netzwerken oder regionalen Interessengruppen überlegen sind. Als Besonderheit der SAPV kommt noch hinzu, dass erstmals die Vergütung von ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen Leistungen gemeinsam vertraglich geregelt und vergütet werden sollen. Von der Verabschiedung des Gesetzes bis zum Abschluss der ersten SAPV Verträge dauerte es mehr als zwei Jahre; und auch zum jetzigen Zeitpunkt ist eine bundesweit flächendeckende SAPV-Versorgung noch nicht in Sicht, wenngleich die Entwicklung in den letzten beiden Jahren sehr positiv ist, und es inzwischen in jedem Bundesland Musterverträge oder Rahmenvereinbarungen gibt, die mit der Mehrzahl der GKV-Kostenträger abgeschlossen wurden. Auf Grundlage der Annahme, dass ca. 10% aller Sterbenden in den letzten Wochen und Monaten ihres Lebens einen Bedarf an SAPV aufweisen, wurde ermittelt, dass bei optimaler geographischer Verteilung ca. 330 SAPV Teams benötigt werden, die von ihrem Standort aus ein Gebiet mit 250.000 Einwohnern versorgen können, um eine Flächendeckung zu erreichen. Somit erklärt sich auch, dass die überwiegende Zahl der SAPV-Teams in Ballungsgebieten angesiedelt ist und die Versorgung in ländlichen Regionen große Schwierigkeiten bereitet. Die genaue Anzahl der Leistungserbringer ist nur schwer zu erfassen, da hierfür der einzige Anhaltspunkt die von der KBV vergebenen Betriebsstättennummern (BSNR) sind. Hinter diesen Nummern verbirgt sich aber durch die regionalen Unterschiede nicht überall das Gleiche. So verfügen bspw. in Berlin einzelne Ärzte, die an der SAPV Versorgung teilnehmen, über eine eigene BSNR, während sich andernorts Teams mit weit

mehr als 10 Ärzten unter eine BSNR subsumieren. In Westfalen-Lippe dagegen werden aufgrund eines gemischten SAPV/AAPV Vertragskonstrukts überhaupt keine solchen Nummern benötigt, und in Nordrhein werden diese von der Landes-KV vergeben. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die SAPV-Landschaft derart heterogen entwickelt hat, dass es definitiv nicht möglich ist, das Leistungsgeschehen und die Verträge zu vergleichen. Auch die Vergütung ist aufgrund völlig unterschiedlicher Vergütungsstrukturen und Leistungsmerkmale nicht vergleichbar. Die Verteilung der 186 vergebenen BSNR auf die jeweiligen KV-Bezirke können der Abb. 5 entnommen werden. Darüber hinaus ist bekannt, dass im Jahr 2010 die GKV Ausgaben für SAPV Leistungen 45,6 Mio. betragen (in 2009 waren es 17,33 Mio.), während die Planungen aus dem Jahr 2007 von 240 Mio. für das Jahr 2010 ausgegangen waren. Umgerechnet auf die 19479 Leistungsfälle, die der GBA Bericht¹¹ zur Umsetzung der SAPV im Jahr 2010 benennt, bedeutet dies, dass jeder SAPV-Leistungsfall im Durchschnitt 2340,90 € als Kosten zur Folge hatte. Setzt man die angegebenen Leistungsfälle ins Verhältnis zu den 858768 Sterbefällen des Jahres 2010 ergibt sich, dass knapp 2,3 % aller Sterbenden eine SAPV erhalten haben. Stimmt also die Bedarfsannahme von 10% haben wir im Jahr 2010 noch nicht einmal ein Viertel der anvisierten Flächendeckung erreicht.

AAPV

Im Gegensatz zur SAPV existiert für die AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) keine gesetzliche Regelung. Die AAPV wird in der Breite von engagierten Haus- und Fachärzten im Zusammenspiel mit qualifizierten Pflegediensten erbracht, ohne dass es dafür nennenswerte Vergütungsregelungen gibt. Von Westfalen Lippe abgesehen, wo sich die Akteure gegen eine reine SAPV Regelung zugunsten eines Mischvertrags von SAPV und AAPV entschieden haben, liegen nur sehr vereinzelt Regelungen vor, wie z.B. in Nordrhein, wo bereits seit 2007 ein Rahmenvertrag über die „palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“¹² existiert, oder in Bayern, wo der Hausarzt bis zum Ende dieses Jahres eine Zusatzpauschale von 20 Euro pro Hausbesuch bei einem Palliativpatienten erhalten kann. Allerdings liegt seit 2010 von der KBV ein „Vertragsentwurf zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen“¹³ vor, der derzeit einigen Fachleuten und Verbänden (z.B. DGP und DHPV) als Grundlage zur konzeptionellen Weiterentwicklung einer AAPV dient. Ein großer Konsens besteht darüber, dass eine gute ambulante Palliativversorgung beide Bereiche (SAPV und AAPV) in guter Abstimmung zueinander benötigt, und das Eine ohne das Andere nicht effektiv entwickelt und umgesetzt werden kann.

Abb. 3



Abb. 4 (aus HOPE Bericht 2010)

2.1.2. Diagnosespezifische Behandlungsschwerpunkte, Fragen 7 und 10

Bösartige Neubildungen nehmen mit fast 90% den Schwerpunkt aller Diagnosegruppen unter den Palliativpatienten ein. Etwa 17 % dieser Patienten haben keine Metastasen, eine leichte Erhöhung dieses Anteils im Vergleich zu den letzten beiden Jahren (2009: 15,5%, 2008: 11%). Unter den anderen Diagnosen treten, wie auch im letzten Jahr, die Krankheiten des Kreislaufsystems am häufigsten auf (22,5%). Am zweithäufigsten sind mit 19,2% „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“ aufgetreten.

Tabelle 4: Häufigste Diagnoseklassen (Haupt- und Nebendiagnosen zu Beginn und im Verlauf), Mehrfachnennungen möglich

Diagnoseklasse in (%)	Gesamt	Palliativstat.	Stat. Hospiz	Arzt amb.	Pflege amb.	Konsil.	Amb. Hospiz	Amb. Team	Eigene
Bösartige Neubildungen	86,8	89,1	95,6	87,7	81,8	95,6	78,6	76,8	

Abb. 5



Alle Onlinezugriffe erfolgten am 27.11.2011

¹ [http://www.gbe-bund.de/oowa921-](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=862)

[install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=86264519&nummer=612&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=16787876](http://www.gbe-bund.de/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=86264519&nummer=612&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=16787876)

² http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf

³ http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/HOPE_2010_Ergebnisse.pdf

⁴ http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/070219_Raumstandards_fr_Palliativstationen_2007.pdf

⁵ http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Empfehlung_zur_Personalbesetzung_auf_Palliativstationen_2007.pdf

⁶ http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Planungshilfe_Palliativstationen.pdf

⁷ <http://www.g-drg.de/cms/G-DRG->

[System_2011/Besondere_Einrichtungen/Besondere_Einrichtungen2/%28language%29/ger-DE](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2011/Besondere_Einrichtungen/Besondere_Einrichtungen2/%28language%29/ger-DE)

⁸ http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Finanzierungsmglichkeiten_fr_Palliativstationen.pdf

⁹ http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20111026-Stellungnahme_OPS.pdf

¹⁰ <http://www.dgpalliativmedizin.de/category/5-neu-ops-8-98e-dokumentationshilfen.html>

¹¹ http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3048/Bericht-SAPV-Evaluation_2010.pdf

¹² <http://www.vdek.com/LVen/NRW/Vertragspartner/Palliativversorgung/PalliativvertragNordrhein.pdf>

¹³ <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=3823d2613a68711416c9362865d479&DocId=003762863&Page=1>