

Aktuelle Information der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*
zum Thema „Palliativmedizin im DRG-System“ (Stand: 9.2.2004)

Derzeit ist es erklärtes politisches Ziel, alle Patienten in Krankenhäusern über DRGs zu finanzieren, sodass keine realistischen Chancen bestehen, die Palliativpatienten aus dieser Regelung auszunehmen. Es ist allerdings nicht gefordert, dass sich alle Leistungen komplett und exakt abbilden lassen im System, sondern vor allem, dass sich die Patienten in Gruppen zusammenfassen lassen, die ähnliche Kosten verursachen und damit einer DRG zugeordnet werden können, die dann einen entsprechenden Erlös ergibt.

Für die DGP ist es unstrittig, dass eine Abbildung der palliativmedizinischen Patienten im DRG-System derzeit nicht möglich ist. Sie abbildbar zu machen, wäre mit einem unverhältnismäßig großen Vorbereitungsaufwand verbunden, der von der Gesellschaft derzeit nicht zu leisten ist. Zusätzlich würde sich dadurch die Kodierarbeit für diese Patienten künftig noch weiter erhöhen, was von niemandem gewünscht wird.

Die einfachere und sinnvollere Alternative, die derzeit in Erwägung gezogen und diskutiert wird, sieht daher vor, eine spezielle Palliativ-OPS einzuführen („Palliativmedizinische Komplexbehandlung“).

Sie muss folgende Eigenschaften haben, um einerseits zu gewährleisten, dass Palliativstationen ausreichend finanziert werden und andererseits ein Missbrauch in anderen Bereichen ausgeschlossen wird:

1. Die OPS muss „triggernd“ sein, d.h. sie muss die Patienten, die mit dem entsprechenden Code versehen sind, automatisch in eine DRG sortieren, die einer ausreichenden Vergütung für Palliativstationen entspricht. Diese Zuordnung muss unabhängig von den weiteren Diagnose-/OPS-Codes erfolgen, die bei diesen Patienten kodiert sind, sofern letztere nicht in eine höhere Vergütungsgruppe führen, z.B. wenn spezielle Maßnahmen durchgeführt wurden.
2. Es muss eine prinzipielle Definition der palliativmedizinischen Komplexbehandlung enthalten sein.
3. Es müssen exakte Definition von Personal-, Raum- und geg. Ablauf-Standards einer Palliativstation enthalten sein.
4. Die Kodierbarkeit muss an das Vorhandensein der in Punkt 2 und 3 definierten Standards gekoppelt sein.
5. Es muss eine Differenzierung geben, die unterschiedlichen Liegezeiten Rechnung trägt.

Eine einstündige Anhörung der DGP (Vertreter: Dr. Ewald, Dr. Schindler) am 3.2.04 beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), bei der neben Herrn Tuschen vom BMGS auch InEK, DIMDI und AWMF auf höchster Ebene vertreten waren, verlief in freundlicher Atmosphäre. Ein wesentlicher Teil des Gesprächs war die Abgrenzung von Palliativstationen gegenüber stationären Hospizen und immer wieder die Definition von Palliativmedizin.

Die Vorstellung einer triggernden OPS „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ wurde nach unserer Einschätzung als erörterungswürdige Möglichkeit angesehen. Herr Tuschen warnte aber davor, dass eine solche „streng datengetriebene OPS“ im Vergleich zu den Vergütungsmöglichkeiten in diesem Jahr (2004) möglicherweise zu einer Verschlechterung der Vergütung von Patienten auf Palliativstationen führen könnte.

Nach den uns vorliegenden Daten scheint diese Annahme aber auf der Vermutung zu beruhen, dass viele der Patienten auf Palliativstationen auch onkologische Therapien erhalten (Chemo- oder Strahlentherapie) und dadurch in DRGs mit hohem Kostengewicht (in der Regel >2) landen. Aus unserer Sicht ist das aber für die meisten Stationen eine Fehleinschätzung.

Mit einer triggernden OPS „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ wäre die Palliativmedizin (auch ohne exakt abbildbar zu sein) voraussichtlich finanzierbar. Das eventuelle Problem einer dann zu niedrigeren Einstufung bei gleichzeitiger Chemo- oder Strahlentherapie ließe sich durch eine entsprechende Prüfung im Grouper ausschließen. Falls der Grouper diese Prüfung nicht leisten kann, käme alternativ ein Vermerk in den Kodierrichtlinien in Frage, der die gleichzeitige Kodierung von „Palliativmedizinischer Komplexbehandlung“ und „Chemo- oder Strahlentherapie“ untersagt.

Wenn die Kostendaten der Kalkulationshäuser den Finanzbedarf der Palliativstationen exakt widerspiegeln, müsste dann eine kostengerechte Finanzierung resultieren. Das kann allerdings nur für alle funktionieren, wenn die Palliativstationen der Kalkulationshäuser den Standards entsprechen und ihre Kostendaten den Stationen korrekt zugeordnet sind.

Ein bisher ungeklärter Punkt ist die notwendige Differenzierung einer solchen neuen OPS, die am ehesten nach der Aufenthaltsdauer erfolgen sollte. Geht man davon aus, dass die mittlere Aufenthaltsdauer auf einer Palliativstation nach den von Herrn Dr. Fuchs für 2002 erhobenen Daten bei ca. 11 Tagen liegt, wäre eine Differenzierung z.B. folgendermaßen möglich:

1. 1-7 Tage (untere Grenzverweildauer 3 Tage)
2. 8-14 Tage (keine Grenzverweildauer angeben)
3. über 14 Tage (obere Grenzverweildauer 21 Tage)

Um die Sinnhaftigkeit dieser Einteilung überprüfen zu können, müssten die Kerndokumentationsdaten von 2001 nochmals im Detail angesehen werden. Insbesondere wäre es wichtig, den Anteil von Patienten mit Liegezeiten von über 21 Tagen genauer zu betrachten.

Für den zukünftigen Weg der Palliativmedizin in Deutschland und für die Kassen-Verhandlungen bedeutet das, besonderen Wert auf den Ausbau der ambulanten Versorgung zu legen. Das Fehlen dieser Struktur als Grund für lange und teure Krankenhausaufenthalte anzugeben, wird - wenn überhaupt - von den Kostenträgern sicherlich nicht dauerhaft akzeptiert werden.

Der Hauptkritikpunkt an diesem Vorschlag basiert auf den Kerndokumentationsdaten von 2001 oder im Einzelfall auch auf neueren Nachfragen, die zeigen, dass nicht alle Palliativstationen, die im Palliativführer als solche ausgewiesen sind, auch dem von der DGP geforderten Standard entsprechen. Das hätte entweder zur Folge, dass diese Stationen eine neue, strukturgebundene OPS nicht kodieren könnten und damit unterfinanziert wären oder dass der Standard niedrig gesetzt werden müsste und damit die Qualität der Versorgung schlechter würde und v.a. die nach bisherigen Standards ausgestatteten Stationen nicht mehr finanzierbar wären.

Das Argument lässt sich dadurch entkräften, dass der in der neuen OPS verankerte Standard ja tatsächlich finanziert wäre und das erforderliche Personal folglich auch eingestellt werden könnte. Das würde letztendlich zu einer Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung führen, da die Stationen, die derzeit ein zu geringes Budget haben, nun in der Lage wären, den geforderten Personalstandard auch zu finanzieren. Um abrechnen zu können, müssten sie allerdings in Vorleistung treten.

Vor der abschließenden Beratung der Eingaben von Seiten der DGP am 20.2.04 ist für den 16.2.04 noch ein Gespräch mit dem AOK Bundesverband zum gleichen Thema geplant. Vielleicht ergeben sich daraus auch noch andere Gedanken.