

Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*
zum Gesetz-Entwurf des Fallpauschalenänderungsgesetzes (**FPÄndG**)

Durch das im Frühjahr 2002 verabschiedete Fallpauschalengesetz wurden die Rahmenbedingungen zur Einführung der Diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG= Diagnosis Related Groups) für die Finanzierung der Krankenhausbehandlung in Deutschland konkretisiert. Damit wird die bisher grundsätzlich auf tagesgleichen Pflegesätzen basierende Vergütung auch im Bereich der Palliativmedizin durch vollständige Finanzierung über Fallpauschalen abgelöst.

In Deutschland werden zur Zeit auf 75 Palliativstationen schwerkranke und sterbende Menschen versorgt. Ziel ist es, den Patienten ein würdevolles Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Das heißt: hoher Pflegeaufwand für die Akutversorgung in der Sterbephase oder die Vorbereitung für die Versorgung zu Hause. Beides bedeutet einen höheren Personalschlüssel und eine längere Verweildauer.

Die Verweildauer von Patienten auf einer Palliativstation ist etwa doppelt so lang wie die von Patienten mit der gleichen Diagnose auf einer internistischen Abteilung. 50% der Patienten einer internistischen Station können innerhalb von 5 Tagen entlassen werden - ein Zeitraum der bei Patienten einer Palliativstation 11 Tage beträgt. Dies belegt eine Untersuchung auf der Basis von Daten aus einem gemeinsamen Dokumentationsprojekt, an dem mehr als drei viertel aller Palliativstationen in Deutschland (57) teilnahmen. Mit der Auswertung beauftragte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin die DRG-Research Group im Universitätsklinikum Münster. Die bisher größte Untersuchung mit der Dokumentation des Therapieverlaufs von 1.304 Patienten bietet eine sichere Basis für die Bewertung der Auswirkungen des DRG-Systems auf die stationäre Betreuung von Palliativpatienten (Verfügbar als download auf der Website der DGP: www.dgpalliativmedizin.de).

Das Ergebnis: Zwar werden Palliativpatienten besonders häufig in die DRG-Gruppe mit dem höchsten Schweregrad eingestuft, doch geben weder Alter noch Komplikationslevel Anhaltspunkte für die Liegedauer wie in anderen Abteilungen, in denen wesentlich seltener sterbende Patienten versorgt werden.

Damit ist eine adäquate Versorgung auf Palliativstationen, wie sie in den letzten Jahren von Medizin, Politik und Kostenträgern in Deutschland aufgebaut wurde, unter den Bedingungen des derzeitigen DRG-Systems nicht weiter möglich. Wir weisen an dieser Stelle außerdem darauf hin, dass in Australien, das den deutschen Gesundheitspolitikern mit seinem System als Vorbild diente, Palliativpatienten aufgrund der Besonderheiten ihrer Versorgung nicht (nur) über das übliche DRG-System abgerechnet werden.

Nach Meinung der DGP ist die bedürfnisorientierte palliativmedizinische Versorgung schwerstkranker Patienten durch erfahrene Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Seelsorger innerhalb des zukünftigen Abrechnungssystems nur möglich, wenn mit den Vergütungen die besonderen personellen und strukturellen Anforderungen an Palliativstationen berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund scheint insbesondere die Neufassung von § 17b Abs.7 Satz 3 KHG und § 6 Abs.1 KHEntgG im Rahmen des geplanten FPÄndG eine unverzichtbare Voraussetzung, um zu einer zufrieden stellenden Behandlung der skizzierten Problematik zu kommen. (9.4.2003)