



Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Entwicklung der Palliativdienste im Krankenhaus

1. Präambel

2015 sollte mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) der Auf- und Ausbau der stationären spezialisierten Palliativversorgung durch Palliativdienste explizit gestärkt werden. Mobile multiprofessionelle Palliativteams im Krankenhaus, die ergänzend zur spezifischen Therapie durch die weiterhin federführende Fachabteilung Patient:innen mit palliativmedizinischen Bedürfnissen im Sinn der spezialisierten Palliativversorgung mitbetreuen, sind somit auch politisch unmissverständlich gewollt. Wichtige Begründungen hierfür liegen u. a. in der unmittelbaren und zeitnahen Verfügbarkeit dieser Versorgungsform, sowie dem Ziel, Patient:innen in ihrem bereits bekannten Behandlungsumfeld - parallel zur möglicherweise noch stattfindenden kausalen Therapie - palliativmedizinisch mitbetreuen zu können. Dies gilt ausdrücklich nicht nur für Patient:innen mit chronisch unheilbaren Erkrankungen (z. B. Malignomen), sondern auch für kurzfristig zum Tode führenden Krankheitsbildern wie akutem Nieren- oder Leberversagen mit infauster Prognose.

Die Wirksamkeit und der Nutzen dieser Versorgung auf die Lebens- und Behandlungsqualität von Patient:innen, aber auch insgesamt niedrigere Kosten für das Gesundheitssystem, konnten international bereits gut nachgewiesen werden (Hui et al 2018, Bajwah et al 2020).

Es wird geschätzt, dass pro Jahr mind. 250.000 Behandlungsfälle mit palliativmedizinischen Bedarfen in deutschen Krankenhäusern stationär behandelt werden (eigene Berechnung, basierend auf Becker et al. 2011). Diese Zahl wird in den nächsten Jahren infolge der demographischen Entwicklung nochmal deutlich ansteigen. Palliativdienste als Breiteninstrument werden damit einen unersetzlichen Platz in der Versorgung von Menschen am Ende des Lebens einnehmen.

In Folge des HPG von 2015 wurde die Mitbehandlung durch Palliativdienste als OPS-Kode im Klassifikationssystem G-DRG operationalisiert und ist somit grundsätzlich erstattungsfähig, jedoch ist bisher eine Berechnung des Zusatzentgelts durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nicht gelungen und wird auch in Zukunft nicht erfolgreich sein. In der Praxis muss somit jedes Krankenhaus dieses Entgelt jährlich individuell neu verhandeln.

Die DGP sieht hier dringenden Handlungsbedarf, aber auch zugleich verschiedene Handlungsoptionen, um dieses wichtige Ziel zur Verbesserung der Palliativversorgung in Krankenhäusern durch Palliativdienste auch außerhalb von Palliativstationen zu erreichen.

2. Aktuelle Situation und Entwicklung

In den Jahren seit der Einführung der Komplexbehandlung durch Palliativdienste in den OPS-Katalog hat keine signifikante Entwicklung in der Anzahl von Palliativdiensten an Krankenhäusern stattgefunden. So sind derzeit nach Information der DGP (Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung) in Deutschland 73 Palliativdienste an Krankenhäusern tätig - bei aktuell ca. 800 Krankenhäusern mit mehr als 200 Betten (DeStatis 2020).

Entscheidender Grund für diesen sehr zögerlichen Ausbau ist die fortbestehende Planungsunsicherheit bezüglich der mangelnden Refinanzierung. Anders als zunächst erhofft, war es dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) auch sieben Jahre nach Einführung des entsprechenden OPS-Kodes nicht möglich, ein bundeseinheitliches Zusatzentgelt zu berechnen. Beachtenswert ist, dass im Gegensatz zu den stationären Palliativdiensten der Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im gleichen Zeitraum erfreulicherweise sehr deutlich stattgefunden hat. Bei dieser ambulanten Versorgungsform konnte die Refinanzierung auf Grundlage des gesetzlich verankerten Leistungsanspruchs deutlich schneller etabliert werden. Dementgegen ist im stationären Setting dieses basale Recht auf eine adäquate palliativmedizinische Versorgung bislang nicht umgesetzt.

Zwar ist es seit 2015 mit der Definition von Mindestmerkmalen gelungen, relevante Kriterien einer qualitätsgestützten Arbeit von Palliativdiensten im Krankenhaus zu beschreiben, der erwartete Übertrag in eine auskömmliche Vergütung ist dabei jedoch nicht gelungen. Erschwerend ist hierbei auch, dass eine „einfache“ Abrechnungssystematik, z. B. in Zeitaufwand pro Intervention, in den Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern überwiegend nicht zugrunde gelegt wurde. Eine reale Kostenermittlung (z. B. Preis pro patientennahe Stunde) kann dadurch aktuell nicht oder nur sehr schwer und verzerrt erfolgen. Deswegen muss auch eine verifizierte Ermittlung dieser Realkosten ein wichtiges und dringend notwendiges Ergebnis zukünftiger palliativmedizinischer Versorgungsforschung sein.

3. Position der DGP

Die DGP sieht Palliativdienste als zentrale Säule der spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus. Neben der Verbesserung der Behandlungsqualität für Patient:Innen sind sie gut geeignet, um die allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus durch Edukation und Sensibilisierung erheblich zu befördern. Jedes Krankenhaus, das mehr als 200 Betten führt, sollte deswegen nach Ansicht der DGP einen auskömmlich finanzierten eigenen Palliativdienst vorhalten, der entsprechend definierte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsmerkmale erfüllt. Ein Beispiel für die relevante Strukturqualität ist die werktägliche Verfügbarkeit eines multiprofessionellen Behandlungsteams vor Ort sowie die ergänzende Erreichbarkeit des Palliativdienstes in den restlichen Zeiten über einen Rufdienst. Ein wesentliches Merkmal der Prozessqualität ist die frühzeitige Einbindung des Palliativdienstes als strukturierter Prozess anhand von definierten Patient:innencharakteristika - in Ergänzung zur Bedarfseinschätzung der behandelnden Fachabteilung. Ein Merkmal für die Ergebnisqualität ist die jährliche Auswertung der Behandlungsfälle, z. B. über den Kerndatensatz des Hospiz- und Palliativregisters sowie die (Nach-)Befragung von Patient:innen und Hinterbliebenen mithilfe validierter Instrumente und Methoden.

Die DGP hält eine wissenschaftliche Begleitung des Ausbaus der Palliativdienste an Krankenhäusern im Sinne einer zukünftigen Verbesserung der Versorgung für dringend notwendig. Auf dieser Basis werden Palliativdienste besser darstellbar, ihre Arbeitsweise transparenter und Surrogate für die Qualität der Arbeit - als ein mögliches Kriterium für die Refinanzierung - messbar.

4. Lösungsvorschlag der DGP

Die Bedeutung der Palliativdienste ist ungebrochen groß. Verbindliche Kriterien für eine Refinanzierung von Palliativdiensten liegen mit dem aktuellen OPS-Kode vor. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin fordert zur Umsetzung der politischen Ziele des Ausbaus der Palliativversorgung eine Strukturfinanzierung der Palliativdienste in Form einer erlösunabhängigen Vorhaltepauschale. Durch diese sollen die grundlegenden Kosten des Betriebes eines Palliativdienstes abgedeckt werden. Die Anforderungen sollen sich an den Strukturvorgaben der OPS 8-98h orientieren.

Eine solche ökonomische Grundlage erlaubt eine effiziente und verantwortungsbewusste Ausgestaltung des politisch gewollten Auf- und Ausbaus von Palliativdiensten im Krankenhaus, entsprechend der lokalen Anforderungen und Gegebenheiten.

Die DGP ist der Ansicht, dass nach den unerfüllten Erwartungen der letzten Jahre durch eine Strukturfinanzierung ein deutliches Signal an die Krankenhausträger und ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der stationären Palliativversorgung gesetzt werden könnte.

Quellen:

Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, Todd C, Costantini M, Murtagh FE, Higginson IJ. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Sep 30;9(9):CD012780. doi: 10.1002/14651858.CD012780.pub2. PMID: 32996586; PMCID: PMC8428758.)

Becker G, Hatami I, Xander C, Dworschak-Flach B, Olschewski M, Momm F, Deibert P, Higginson IJ, Blum HE. Palliative cancer care: an epidemiologic study. *J Clin Oncol.* 2011 Feb 20;29(6):646-50. doi: 10.1200/JCO.2010.29.2599. Epub 2011 Jan 24. PMID: 21263094.

DeStatis. Grunddaten der Krankenhäuser.

[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207005.xlsx;jsessionid=70D23B45FF50F76EE2B6689DF7EE5C6E.live711?__blob=publicationFile)

[2120611207005.xlsx;jsessionid=70D23B45FF50F76EE2B6689DF7EE5C6E.live711?__blob=pu](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207005.xlsx;jsessionid=70D23B45FF50F76EE2B6689DF7EE5C6E.live711?__blob=publicationFile)

[blicationFile; abgerufen am 29.07.2022](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207005.xlsx;jsessionid=70D23B45FF50F76EE2B6689DF7EE5C6E.live711?__blob=publicationFile)

[blicationFile; abgerufen am 29.07.2022](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207005.xlsx;jsessionid=70D23B45FF50F76EE2B6689DF7EE5C6E.live711?__blob=publicationFile)

Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin.* 2018 Sep;68(5):356-376. doi: 10.3322/caac.21490. Epub 2018 Sep 13. PMID: 30277572; PMCID: PMC6179926.