

Die im folgenden ausgeführten Punkte sind analog den für unsere Eingabe relevanten Punkten der vorgegebenen Formblätter für InEK-Eingaben zusammengestellt.

1. **Problembeschreibung**
2. **Lösungsvorschlag**
3. **Änderung der DRG-Logik**
 - a. Neuaufnahme von MDCs/Basis-DRGs/DRGs
 - i. MDC/Basis-DRG/DRG
 - ii. Textliche Definition bzw. Unterscheidungskriterium
 - iii. ICD-Liste (ICDs die für die Definition erforderlich sind)
 - iv. OPS-Liste (OPS' die für die Definition erforderlich sind)
 - v. Begründung

zu 1 – Problembeschreibung

Obwohl palliativmedizinische Patienten aufgrund ihrer vergleichbaren medizinischen und psychosozialen Problematik¹ sowie der daraus resultierenden ähnlichen Behandlungsstrategien in einer Gruppe zusammengefasst werden können, bilden sie sich aufgrund der sehr verschiedenen Grunderkrankungen² und der weit gefächerten Einzelprobleme bezogen auf die jeweilige Hauptdiagnose und die Aufenthaltsdauer³ im G-

¹ Beispiele für diese Problematik:

- schwere klinische Symptome meist ohne kausale Behandlungsmöglichkeit
z.B. Schmerz, Schwäche, Übelkeit, Erbrechen, Atemnot
- ausgeprägte psychische Belastung infolge des absehbaren Todes
z.B. Angst, Panik, Aggressivität, Verstärkung der körperlichen Beschwerden
- schwer lösbare soziale Probleme u.a. infolge der schlechten körperlichen Verfassung und der besonderen Angehörigenbelastung
- spirituelle Lebenskrisen meist ohne adäquate Zeit zur Bewältigung

² Heterogenität der Grunderkrankung:

- Alle Formen der Krebserkrankungen (häufigste Entität), daneben neurologische, internistische oder andere Grunderkrankungen

³ Heterogenität bezüglich Aufenthaltsdauer und Hauptdiagnose anhand von Patientenbeispielen:

- **Schwere aber einfach einzustellende körperliche Symptomatik** z.B. starker, nicht vorbehandelter Schmerz.: bei gutem Ansprechen der Therapie ist eine Entlassung im Verlauf weniger Tage möglich.
- **Präfinale Situation:** intensivste psychosoziale und medizinische Betreuung teilweise nur über Stunden bis zum Tod des Patienten
- **Rasch fortschreitende Krebserkrankung im Endstadium** z.B. Bronchial-Ca: Aufnahme z.B. wg. Dyspnoe bei massivem Pleuraerguss, Besserung nach Punktion aber Nachlaufen in 2 Tagen, dauerhafte Besserung nach Drainage (Behandlungszeit z.B. 7-10 Tage), vor geplanter Entlassung dann neu aufgetretene Schmerzsymptomatik infolge progredienter Wirbelsäulenmetastasen mit Weichteilkomponente, schwierige Schmerzeinstellung infolge der neuropathischen Komponente (Behandlungszeit z.B. 10-14 Tage), zunehmender Querschnitt noch vor abgeschlossener Schmerzeinstellung und Immobilisation (Behandlungszeit z.B. 4-7 Tage), nach Neuorganisation der häuslichen Versorgung trotz funktionierender Pleuradrainage wieder zunehmende Dyspnoe infolge wiederholter peripherer Lungenembolien, schließlich Tod des Patienten nach weiteren 10 Behandlungstagen. Es ergibt sich damit eine Aufenthaltsdauer von ca. 31-41 Tagen, mit 4 Hauptdiagnosen.
- **Fortgeschrittene neurologische Erkrankung:** z.B. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS): Aufnahme z.B: wg. fortschreitenden Zeichen der nächtlichen Hypoventilation bei Zwerchfelllähmung, akut verstärkt durch Aspirationspneumonie auf der Basis einer fortschreitender Schluckstörung (Dysphagie). Zunächst Therapie der Pneumonie (5-7 Tage), dann Einleitung einer nicht-invasiven nächtlichen Heimbeatmung über Maske zur Linderung der Symptome der chronischen respiratorischen Insuffizienz (7-10 Tage), anschließend Legen einer PEG-Sonde unter Maskenbeatmung zur Linderung der Dysphagie-induzierten Beschwerden (3-4 Tage mit Nachsorge). Parallel dazu Sicherstellung der

DRG-System sehr heterogen ab. In der Regel werden sie mit nicht-palliativmedizinischen Patienten gleicher Hauptdiagnose in dieselbe DRG gruppiert, obwohl sie deutlich längere Verweildauern und höhere CC-Level haben.

Um der vielschichtigen Symptomatik dieser Patienten begegnen zu können, ist eine komplexe, multiprofessionelle Behandlung nötig, bei der eine enge Verzahnung der beteiligten Berufsgruppen⁴ erforderlich ist.

Aufgrund dieser Situation ist die spezifisch palliativmedizinische Leistung weder mit einzelnen Diagnosen oder Diagnosegruppen noch mit einzelnen Massnahmen oder Massnahmenkombinationen abbildbar⁵, wie sie im OPS-Katalog gelistet sind, sondern stellt eine kontinuierliche, täglich neu zu erbringende, komplexe Leistung eines multiprofessionellen und eng verzahnten Teams dar. Es ist daher im aktuellen DRG-System nicht möglich, palliativmedizinische Patienten in homogene Kostengruppen zu fassen.

Die derzeit kodierbaren ICD- und OPS-Kodes triggern in eine Vielzahl verschiedener DRGs und die dadurch erreichten Erlöse führen nicht zu einer leistungsgerechten Vergütung der palliativmedizinischen Behandlung auf Palliativstationen. Das trifft besonders auch die Tumorkranken, da eine tumorspezifische Therapie in der Regel nicht durchgeführt wird.

Unabhängig von einer im Rahmen einer Neuordnung möglichen Finanzierung der palliativmedizinischen Leistungen im G-DRG-System ab dem Jahr 2007, bleibt für die Jahre 2005 und 2006 das Problem bestehen, dass die aktuellen Kodiermöglichkeiten eine Vergütung spezieller palliativmedizinischer Leistungen nicht zulassen. Es ist daher eine Regelung nötig, die die Finanzierung von Palliativstationen auch für diese beiden Übergangsjahre sicherstellt.

zu 2 – Lösungsvorschlag

Lösungsmöglichkeit ab 2007

Für eine leistungsgerechte Finanzierung der palliativmedizinischen Behandlung auf Palliativstationen kommt als Lösungsmöglichkeit innerhalb des G-DRG-Systems am ehesten

Kommunikation mittels Einführung eines Kommunikators (sprachliche Verständigung wg. fortschreitender Dysarthrie nicht mehr möglich) und Organisation der häuslichen Versorgung unter Beatmungsbedingungen. Nach Beendigung der Symptomkontrollmaßnahmen äußert der Patient wg. seiner fortschreitenden Erkrankung trotz guter Symptomkontrolle den dringenden Wunsch nach aktiver Sterbehilfe, der von der Familie unterstützt wird, und droht damit, gleich nach Entlassung in die Schweiz zum assistierten Suizid zu fahren. Dieser psychosozialen Krise wird durch psychotherapeutische, seelsorgerliche und psychosoziale Interventionen begegnet, bis Patient und Familie soweit stabilisiert sind, dass die Entlassung nach Hause erfolgen kann (4-6Tage). Es ergibt sich damit eine Aufenthaltsdauer von ca. 19-27 Tagen, mit 5 z.T. überlappenden Hauptdiagnosen.

- **Fortgeschrittene internistische Erkrankung:** dialysepflichtiger Patient mit terminaler Niereninsuffizienz bei insulinpflichtigem Diabetes mell. und generalisierter pAVK. Aufgrund von zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit zunehmender Schwäche und Müdigkeit sowie zunehmender Pflegebedürftigkeit, Abbruch der Dialyse auf Wunsch des Patienten. Aufnahme auf die Palliativstation zur Betreuung in der Terminalphase und Symptomkontrolle. Symptome bei Aufnahme Übelkeit und Erbrechen (urämische Gastritis) und Schmerzen in beiden Füßen (pAVK). Behandlungsdauer zur Antiemese und Analgesie 4 - 7 Tage. Dann zunehmende Unruhe mit intermittierenden deliranten Syndrom (Verwirrtheit, Halluzinationen) . Neben Symptomkontrolle zusätzlich psychosoziale Betreuung der Angehörigen, die zunehmend durch die Situation gestreßt sind. Nach weiteren 5 Tagen fällt Patient ins Koma und stirbt nach 15 Tagen.

⁴ Spezialisierte Ärzte und Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorger oder andere Therapeuten.

⁵ Roeder et al, „DRGs in der Palliativmedizin: Ist die palliativmedizinische Begleitung Schwerstkranker pauschalierbar?“, Das Krankenhaus, 12/2002, S.1000-1004

ein spezifischer, triggernder, palliativmedizinischer OPS-Kode in Frage, der in eine neue, palliativmedizinische Basis-DRG leitet.

Da die auf Palliativstationen erbrachten Leistungen zeitbezogen sind, müsste eine palliativmedizinische DRG in mehrere Zeitbereiche gesplittet sein. Zusätzlich wäre es sinnvoll, enge Grenzverweildauern zu definieren. Dadurch könnte eine mit zunehmender Aufenthaltsdauer kontinuierlich steigende Vergütung erreicht werden, die der kontinuierlich erbrachten Leistung am ehesten entspräche.

Da die Hauptdiagnosen palliativmedizinischer Patienten bisher auf 16 der 23 MDCs verteilt sind, wäre es sinnvoll, bereits im Rahmen der Prä-MDC-Struktur bei Vorliegen der beim DIMDI beantragten OPS 8-979.0 („komplexe palliativmedizinische Behandlung auf Palliativstationen“) direkt in die neue Basis-DRG zu leiten. Dadurch könnte die Anzahl der benötigten palliativmedizinischen DRGs von 16 auf eine reduziert werden, ohne die Abbildung dieser Patienten im System zu verschlechtern.

Zwischenlösung für die Jahre 2005-2006

Den Antragstellern ist bewusst, dass eine Kalkulation der beantragten neuen DRG auf der Datenbasis von 2003 (und 2004) dem InEK nicht möglich ist, da die palliativmedizinischen Patienten noch nicht gefiltert werden können und die vorgehaltenen Standards der in den Kalkulationshäusern beteiligten Palliativstationen nicht vorliegen.

Mit Hinblick auf die oben beschriebene tägliche Kontinuität der Leistungen auf einer Palliativstation, empfehlen wir daher, für die Jahre 2005-2006 eine Vergütungsregelung über tagespauschalierte Vergütungen zu ermitteln und festzusetzen und diese an den beantragten OPS-Kode 8-979.0 zu koppeln, der die Leistung näher definiert.

Sollte diese im Rahmen einer bundesweiten Festlegung nicht möglich sein, sollte die Verhandlung der Vergütung an die Ortsebene delegiert werden. Dazu muss die Feststellung auf der Bundesebene erfolgen, dass die Palliativbehandlung nicht im G-DRG-System abgedeckt ist.

Falls erforderlich, stellt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin die ihr vorliegenden Kostendaten für die Kalkulation der Vergütung von Palliativstationen gerne zur Verfügung.

zu 3ai - DRG

Z67A, Z67B, Z67C, Z67D

zu 3aii – Textliche Definition der DRG

Z67A - Komplexe palliativmedizinische Behandlung auf Palliativstationen über 21 Tage

Z67B - Komplexe palliativmedizinische Behandlung auf Palliativstationen 15-21 Tage

Z67C - Komplexe palliativmedizinische Behandlung auf Palliativstationen 8-14 Tage

Z67D - Komplexe palliativmedizinische Behandlung auf Palliativstationen 1-7 Tage

zu 3aiii – ICD-Liste für die Definition der DRGzu 3aiiv – OPS-Liste für die Definition der DRG (diese OPS wurde 2004 beim DIMDI beantragt)

für DRG Z67A: OPS 8-979.03

für DRG Z67B: OPS 8-979.02

für DRG Z67C: OPS 8-979.01

für DRG Z67D: OPS 8-979.00

zu 3v - Begründung

Es gibt eine große Zahl von onkologischen, internistischen, neurologischen und anderen Diagnosen, die bei palliativmedizinischen Patienten die Grunderkrankung beschreiben. Die spezifische Leistung einer Palliativstation ergibt sich aber ausschließlich durch die in der neuen OPS 8-979.0 definierten Behandlung auf der Basis des ebenfalls darin festgelegten minimalen Personal- und Raumstandards. Triggernd für das Erreichen der palliativmedizinischen DRG sollte daher nicht die Diagnose, sondern ausschließlich die neue OPS 8-979.0 sein.