

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Hintergrund-Information / Palliativmedizin im stationären Sektor

Ist die palliativmedizinische Versorgung im stationären Sektor ausreichend?

Nein – aber in den letzten 25 Jahren sind dennoch erhebliche Fortschritte gemacht worden. Gab es bundesweit im Jahr 1990 nur drei Palliativstationen und drei Stationäre Hospize, so ist deren Zahl bis zum Jahr 2009 auf insgesamt etwa 350 angewachsen (180 Palliativstationen, 170 Stationäre Hospize). Die international als bedarfsdeckend erachtete Zahl von 50 Palliativ- bzw. Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner ist gleichwohl noch lange nicht erreicht. Mit derzeit 17 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner und 18 Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner (insgesamt somit 35 Palliativ- und Hospizbetten pro 1 Mio. Einwohner) besteht weiterhin erheblicher Nachholbedarf. Als weitere wichtige Einrichtung einer spezialisierten stationären Palliativversorgung konnten sich in den letzten Jahren an vereinzelt Standorten „Palliativmedizinische Konsiliardienste“ (PKD) etablieren. Diese Konsiliardienste, deren Zahl noch viel zu gering ist, sollen dazu beitragen, dass Palliativpatienten auch auf anderen Abteilungen bzw. in Krankenhäusern ohne Palliativstation bedarfsgerecht versorgt werden können.

Ist die Finanzierung der stationären palliativmedizinischen Versorgung gesichert?

Die Antwort auf diese Frage muss unterschiedlich ausfallen, da Palliativstationen und Stationäre Hospize in Deutschland unterschiedlich finanziert werden. Vor allem bei der Finanzierung von Palliativstationen gibt es seit der Einführung einer neuen Krankenhausfinanzierung (DRG-System) gewisse Verwerfungen. Seit dem Jahr 2005 müssen Krankenhäuser ihre Leistungen über das so genannte DRG-System abrechnen (DRG = Diagnosis Related Groups). Nicht mehr die Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist damit erlösrelevant, sondern die Eingruppierung in eine ganz bestimmte Krankheitsgruppe. Je nach Komplexität des einzelnen Falls werden dann mehr oder weniger hohe Festpreise bezahlt. Kurze Liegezeiten führen somit oft zu einem ökonomischen Vorteil, während Stationen, die ihre Patienten relativ lange behandeln, ökonomisch „bestraft“ werden. Da auf Palliativstationen besonders kranke Menschen mit vergleichsweise komplexen und schwierigen Versorgungsverläufen betreut werden überrascht es nicht, dass die Versorgung in der Regel auch länger dauert als auf einer Normalstation – ohne dass dies im Einzelfall sicher vorhersehbar wäre. Außerdem sorgen die Besonderheiten von Palliativstationen dafür, dass die Kosten über den vergleichbaren Kosten auf anderen Stationen liegen. Dies sind die beiden wesentlichen Gründe, warum die meisten Palliativstationen unter der neuen Abrechnungssystematik defizitär arbeiten – auch wenn seit dem Jahr 2007, wegen der längeren Liegezeiten, gewisse Zusatz-Entgelte für die Behandlung von Palliativpatienten möglich sind. Eine Finanzierung „Palliativmedizinischer Konsiliardienste“ ist jedoch im DRG-System bisher überhaupt noch nicht vorgesehen.

Hat der Gesetzgeber das Problem erkannt? Was wird getan, um Palliativstationen zu erhalten?

Ja, der Gesetzgeber hat das Problem durchaus erkannt. Er hat eine Verordnung erlassen, die einer Palliativstation, die „räumlich und organisatorisch abgegrenzt ist und über mindestens fünf Betten verfügt“, die Möglichkeit gibt, als „Besondere Einrichtung“ anerkannt zu werden und mit den Kostenträgern vor Ort Tagessätze außerhalb des DRG-Systems oder andere individuelle Vergütungsmöglichkeiten auszuhandeln. Dies kann für einige Träger von Krankenhäusern mit Palliativstationen eine vorübergehende Entlastung bedeuten, für andere bleibt die Situation prekär, v.a. dann, wenn in den Verhandlungen mit den Kostenträgern die Besonderheiten einer Palliativstation nicht anerkannt werden und man von einer kostendeckenden Finanzierung weit entfernt bleibt.

Was ist das Besondere an einer Palliativstation?

Auf einer Palliativstation werden ausschließlich unheilbar kranke Menschen mit begrenzter Lebenserwartung betreut. Das multiprofessionelle Team besteht in der Regel aus Ärzten, Pflegenden und weiteren Therapeuten, die größtenteils eine palliativmedizinische Zusatz-Qualifikation erworben haben. Der Stellenschlüssel ist relativ hoch, damit sich die Teammitglieder ausreichend Zeit für die Patienten und ihre Angehörigen nehmen können. Eine Palliativstation ist in der Regel wohnlich eingerichtet und bemüht sich um eine Atmosphäre der Geborgenheit. Für Angehörige besteht die Möglichkeit, durchgehend auf der Station zu verweilen. Neben einer optimalen Schmerztherapie und Symptomlinderung stehen auch psychosoziale und spirituelle Nöte im Fokus der Bemühungen. Auf eine gute zwischenmenschliche Kommunikation zwischen allen Beteiligten, die Achtung der Autonomie sowie die gewissenhafte Abwägung schwieriger ethischer Fragestellungen wird größter Wert gelegt. Eine Entlassung in stabilisiertem Zustand zurück in die eigene Häuslichkeit ist meistens das Ziel. Die durchschnittliche Verweildauer auf Palliativstationen beträgt etwa 12 bis 14 Tage.

Und wie sieht die Situation in Stationären Hospizen aus?

Während Palliativstationen Abteilungen in einem Krankenhaus sind, sind Stationäre Hospize eigenständige Einrichtungen, die über einen eigenen Paragraphen im Sozialgesetzbuch V (§ 39a Abs.1 SGB V) sowie über Beiträge der Pflegekassen (SGB XI) finanziert werden. Auch der Träger und die Bewohner müssen einen bestimmten Eigenanteil leisten. Zum betreuenden Team gehören in der Regel Pflegekräfte, Sozialarbeiter und ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Die ärztliche Versorgung geschieht über niedergelassene Ärzte. Für die meisten Bewohner ist das Stationäre Hospiz der letzte Lebensort – über 90 Prozent versterben auch dort.