

Stellungnahme der **Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)**  
zu einigen die stationäre Palliativversorgung betreffenden aktuellen Entwicklungen

---

Im Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 25.10.2006 kommt der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu Recht ein hoher Stellenwert zu. Die *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)* hat dies wiederholt begrüßt, da die Defizite gerade in der ambulanten Palliativversorgung noch besonders groß sind. Schon in der offiziellen DGP-Stellungnahme zum GKV-WSG vom 28.10.2006 hat die DGP aber auch darauf hingewiesen, dass jetzt nicht die weitere Entwicklung der stationären Palliativversorgung vernachlässigt werden darf – im Wortlaut: „Leider ist eine Verbesserung in der stationären palliativmedizinischen Versorgung im vorliegenden Gesetzentwurf nicht thematisiert worden. Weder die kostendeckende Finanzierung von Palliativstationen noch das Angebot konsiliarischer palliativmedizinischer Leistungen in deutschen Krankenhäusern ist im Rahmen des derzeitigen DRG-Systems gesichert. Auch die Ausnahmeregelung für Palliativstationen, als „Besondere Einrichtung“ anerkannt werden zu können, kam bisher nur für ein Viertel aller deutschen Palliativstationen zum Tragen. Wegen stark unterschiedlicher Finanzierung durch die Kostenträger ist diese Regelung allein jedoch auch nicht ausreichend.“

Diese Einschätzung ist weiterhin aktuell. Im neuen Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2007 wurde nun zwar durch das zuständige Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein Zusatz-Entgelt (ZE 60) in Höhe von 1.101,46 € für die Behandlung von Patienten eingeführt, bei denen eine palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-982) im Rahmen einer Krankenhausverweildauer von mindestens 7 Tagen durchgeführt bzw. kodiert wurde. Da dieses Zusatz-Entgelt jedoch nach den durchschnittlichen Kosten der längeren Verweildauer von „Palliativpatienten“ auch auf Allgemeinstationen berechnet wurde, können damit aber die Besonderheiten einer Palliativstation in der Regel nicht kostendeckend vergütet werden. Auch die neue „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2007 (VBE 2007)“, die den schon im Jahr 2006 geltenden Passus für Palliativstationen wortgleich übernommen hat, hilft hier aus den oben geschilderten Gründen nicht weiter.

Es ist in diesem Kontext auch bedauerlich, dass die Besonderheit der Palliativmedizin und die Notwendigkeit zur Einrichtung von Palliativstationen in einigen Krankenhausplänen der Bundesländer entweder noch gar nicht berücksichtigt wird oder – wie z.B. im aktuellen „Krankenhausplan für das Saarland 2006 – 2010“ des Saarländischen Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales – nicht gesondert beschrieben und mit anderen Fächern (hier der Schmerztherapie) vermergt wird. Schmerztherapie und Palliativmedizin sind nach Ansicht der DGP zwei durchaus unterschiedliche Fächer, die zwar eine gemeinsame Schnittmenge haben, bei Bedarfsplanungen aber keinesfalls gleichgesetzt werden können. Dem aktuellen saarländischen Krankenhausplan ist deshalb leider nicht zu entnehmen, wie viele der für 2010 geplanten 44 Betten in diesem Versorgungssegment für die Versorgung von chronischen Schmerzpatienten und wie viele für die Versorgung von Palliativpatienten vorgesehen sind. Der vom saarländischen Gesundheitsministerium im September 2006 herausgegebene Führer „Schmerztherapie im Saarland“ lässt vermuten, dass ein Großteil dieser Betten Schmerztherapiebetten sind. Es wäre deshalb zu wünschen, wenn die Besonderheit auch der spezialisierten stationären Palliativversorgung (auf Palliativstationen und in palliativmedizinischen Konsiliardiensten) zukünftig deutlicher zum Ausdruck käme. (28.12.2006)