

Stellungnahme der „**Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin**“ zur
Einführung von DRG in Deutschland

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin begrüßt als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft alle Bestrebungen, dass deutsche Gesundheitssystem im stationären Bereich neu zu strukturieren. Die bisher überwiegend über Tagessätze erfolgte Vergütung wird durch ein Fallpauschalen-ähnliches Vergütungssystem (DRG) abgelöst. In diesem werden vorwiegend die Diagnosen mit Nebendiagnosen und Komplikationen, aber auch der Behandlungsaufwand berücksichtigt. Die Selbstverwaltungsorgane haben sich für das „Australian Refined DRG-System“ entschieden. In Australien werden allerdings nur „Akut-Patienten“ per DRG vergütet. Der Begriff „Subakut-Betreuung“ wurde für den Bereich Palliativmedizin, Rehabilitationsmedizin und Geriatrie eingeführt. Diese Unterscheidung wurde erforderlich, da die Hauptdiagnose dieser Patienten nicht das Ausmaß der erforderlichen spezifischen Hilfe widerspiegelte.

Palliativpatienten zeichnen sich durch rasch sich verändernde Krankheitsverläufe aus, die nicht durch die Haupt- und Nebendiagnosen sowie die Komorbiditäten wiedergegeben werden. Sie benötigen ein hohes Maß an kompetenter palliativpflegerischer, psychosozialer und palliativmedizinischer Unterstützung, die sich in Abhängigkeit von der Erkrankungsphase (Rehabilitationsphase-Sterbephase) unterscheidet.

Palliativpatienten werden in Australien nach der SNAP-Klassifikation (**S**ubacute-**n**on-**a**cute-**P**atient) in fünf Phasen eingeteilt: Akute / Stabile / Fortschreitende / Terminale und Trauerphase. Diese fünf Phasen werden in Abhängigkeit von der Schwere der Symptome, der Hilfsbedürftigkeit des Patienten und der Intensität der Betreuung weiter unterteilt. In der „Akuten Phase“ erfolgt die Einstufung täglich, in der „Stabilen Phase“ alle drei Tage.

Die Prozeduren des OPS 301 beschreiben die Maßnahmen, die den Betreuungsaufwand eines Patienten deutlich erhöhen. Sie werden aber nur zweitrangig nach Haupt- und Nebendiagnose sowie den Komorbiditäten berücksichtigt.

Wir sind als Fachgesellschaft unsicher, ob die Einführung von weiteren OPS dazu führen kann, den hohen pflegerischen und psychosozialen Aufwand der palliativmedizinischen Betreuung wiederzuspiegeln. Es bleibt, wie mehrfach in Australien nachgewiesen, der rasch sich verändernde Krankheitsverlauf bei Palliativpatienten, mit dann sehr unterschiedlichem Betreuungsaufwand und Ressourcenverbrauch.

Vorstellbar wäre, in Analogie an die Vorschläge der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, eine eigene OPS für „Multimodale palliativmedizinische Komplexbehandlung“ einzuführen. Strukturelle Voraussetzung, um diese OPS anzugeben, wäre ein Mindestpflegeschlüssel von 1:1,2 (Patient : Pflegekraft), eine Mindestarztbesetzung von 10:1 (Patient : Arzt) sowie Multidisziplinarität des Teams. Die OPS „Multimodale palliativmedizinische Komplexbehandlung“ könnte ggf. in Anlehnung an die SNAP-Klassifikation weiter unterteilt werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin führt z.Zt. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft eine Studie an Palliativstationen durch, um zu erheben, ob die Eingruppierung in DRGs (nach ICD-10 und OPS) den Betreuungsaufwand von Palliativpatienten adäquat widerspiegelt. Mit den erhobenen Daten sollte sorgfältig überlegt werden, wie eine sinnvolle Eingruppierung von Palliativpatienten zu erreichen ist.

(2.Mai 2001)