



Spezialisierte Palliativmedizin Im Krankenhaus - Fortschritt tagesgleiche Pflegesätze?

Heiner Melching, Berlin

Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) www.palliativmedizin.de

E-Mail: heiner.melching@palliativmedizin.de





*„Fallpauschalen verursachen auf Palliativstationen, in denen die Mehrheit der Patienten verstirbt, einen finanziellen Anreiz zum **fallpauschalen-verträglichen Frühableben.**“*

Prof. Gian Domenico Borasio in „Der Bund“ 28.03.2015





Der schlimmste Fehlanreiz in der Palliativversorgung findet allerdings nicht im ambulanten, sondern im stationären Bereich statt. Erklärtes Ziel der Krankenkassen ist es seit einigen Jahren, Palliativstationen möglichst flächendeckend über sogenannte Fallpauschalen zu finanzieren. Dabei wird pro Patient ein fester Durchschnittsbetrag bezahlt, weitgehend unabhängig von Krankheitsschwere und Aufenthaltsdauer. Die Fallpauschalen-Finanzierung dient allgemein dazu, die Liegedauer der Patienten in Krankenhäusern zu verkürzen, um Kosten zu sparen. Dieses Ziel wurde in Deutschland nachweislich erreicht, wenn auch zum Teil mit der Folge der sogenannten «blutigen Entlassungen». Auf Palliativstationen jedoch verstirbt etwa die Hälfte der Patienten. Hier erzeugt das Ziel der Verkürzung der Liegedauer auf Krankenhäuser und Ärzte einen ethisch inakzeptablen Druck hin zum *Fallpauschalen-verträglichen Frühableben* der Schwerstkranken. Und so etwas sollte sich nun wirklich von selbst verbieten.[9]

Gian Domenico
Borasio
**selbst
bestimmt
sterben**

Was es bedeutet

Was uns daran hindert

Wie wir es erreichen können

Mit einem
Kommentar zum neuen
Sterbehilfegesetz



Finanzierung und Kosten

Im stationären Bereich

Strukturen in der Palliativversorgung in Deutschland

	Stationäre Palliativversorgung	Ambulante Palliativversorgung
Allgemeine Palliativversorgung (APV)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Allgemeine Krankenhausstationen ➤ Nicht spezialisierte Palliativstationen / Palliativeinheiten / Palliativbetten ➤ „Konsiliardienste“ * ➤ „Liaisondienste“ * ➤ „Palliativdienste“ * ➤ Palliativbeauftragte ➤ Durch Personal mit Basisqualifikation 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) ➤ Hausärzte / tlw. mit Zusatzqualifikation (im EBM vergütet) ➤ Pflegedienste und Pflegeheime mit Basisqualifikation ➤ Ambulante Hospizdienste (ca. 1.500 Hospizdienste mit ca. 100.000 Ehrenamtlichen) Vergütung über § 39a SGB V ➤ Weitere Netzwerkpartner, z.B. Palliativstützpunkte
Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Spezialisierte Palliativstationen (eigenständige Abteilungen mit erhöhten Qualitätsanforderungen - z.B. mind. 5 Betten) ➤ „Palliativdienste“ * ➤ Stationäre Hospize ➤ Immer durch multiprofessionelle Teams!! 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (gesetzlicher Anspruch seit 2007 – geschätzter Bedarf = ca. 10% aller Sterbenden) ➤ Immer multiprofessionell – oft durch Teams!! ➤ Tgl. 24h Verfügbarkeit

* Palliativdienste im Krankenhaus sind grundsätzlich der spezialisierten Versorgung zuzurechnen (siehe S3 LL), werden aber aufgrund ihrer derzeitigen Finanzierungsmöglichkeit über eine Komplexpauschale (OPS 8-892) in dieser Finanzierungssystematik nicht der spezialisierten Versorgung (OPS 8-98e) zugeordnet.



	Stationäre Palliativversorgung	Ambulante Palliativversorgung
Allgemeine Palliativ- versorgung (APV)	<ul style="list-style-type: none">➤ Grundsätzlich über DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) = diagnosebezogene Fallpauschalen➤ Möglichkeit zur Realisierung eines Zusatzentgeltes (ZE 60) mittels Kompletpauschale – OPS 8-982	
Spezialisierte Palliativ- versorgung (SPV)		

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung Stand 2011

- Mindestmerkmale:
 - Durchführung eines standardisierten **palliativmedizinischen Basisassessments (PBA)** zu Beginn der Behandlung
 - Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und **unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin**
 - Aktivierend- oder begleitend-therapeutische **Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal**
 - Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
 - **Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung** mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
 - **Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche:** Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt **mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche** in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (**Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.**)



Palliativmedizinische Komplexbehandlung Entwicklung Zusatzentgelt ZE 60 (zusätzlich zum DRG*)

Zusatzentgelt		Betrag in Euro (gerundet)					Diff. zum Vorjahr 2015 vs 2016		
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Absolut in Euro	Relativ (in %)
ZE60.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 höchstens 13 Behandlungstage	1.335	1.340	1.274	1.274	1.218	1.134	-84	-6,9%
ZE60.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 höchstens 20 Behandlungstage	2.125	1.963	1.756	1.621	1.547	1.358	-189	-12,2%
ZE60.03	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Tage	3.311	3.433	2.761	2.604	2.442	2.330	-112	-4,6%



Palliativmedizinische Komplexbehandlung Entwicklung Zusatzentgelt ZE 60 (zusätzlich zum DRG*)

Zusatzentgelt		Betrag in Euro (gerundet)					Diff. zum Vorjahr 2015 vs 2016		
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Absolut in Euro	Relativ (in %)
ZE60.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 ¹ höchstens 13 Behandlungstage	1.335	1.340	1.274	1.274	1.218	1.134	-84	-6,9%
ZE60.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 höchstens 20 Behandlungstage	2.125	1.963	1.756	1.621	1.547	1.358	-189	-12,2%
ZE60.03	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Tage	3.311	3.433	2.761	2.604	2.442	2.330	-112	-4,6%

*Bei einer mittleren Verweildauer von bis zu 7,5 Tagen beträgt die untere Grenzverweildauer 2 Tage



	Stationäre Palliativversorgung	Ambulante Palliativversorgung
Allgemeine Palliativ- versorgung (APV)		
Spezialisierte Palliativ- versorgung (SPV)	<ul style="list-style-type: none">➤ Grundsätzlich über DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) = diagnosebezogene Fallpauschalen➤ Möglichkeit zur Realisierung eines Zusatzentgeltes (ZE 60) mittels Komplexpauschale – OPS 8-982➤ Und OPS 8-98e (ZE 145 ab 2012)➤ Abrechnung außerhalb des DRG-Systems als „Besondere Einrichtung(BE)“ zu „Tagesgleichen Pflegesätzen“ (ca. 350,- bis 500,- € tgl.)	

Stationäre Palliativversorgung

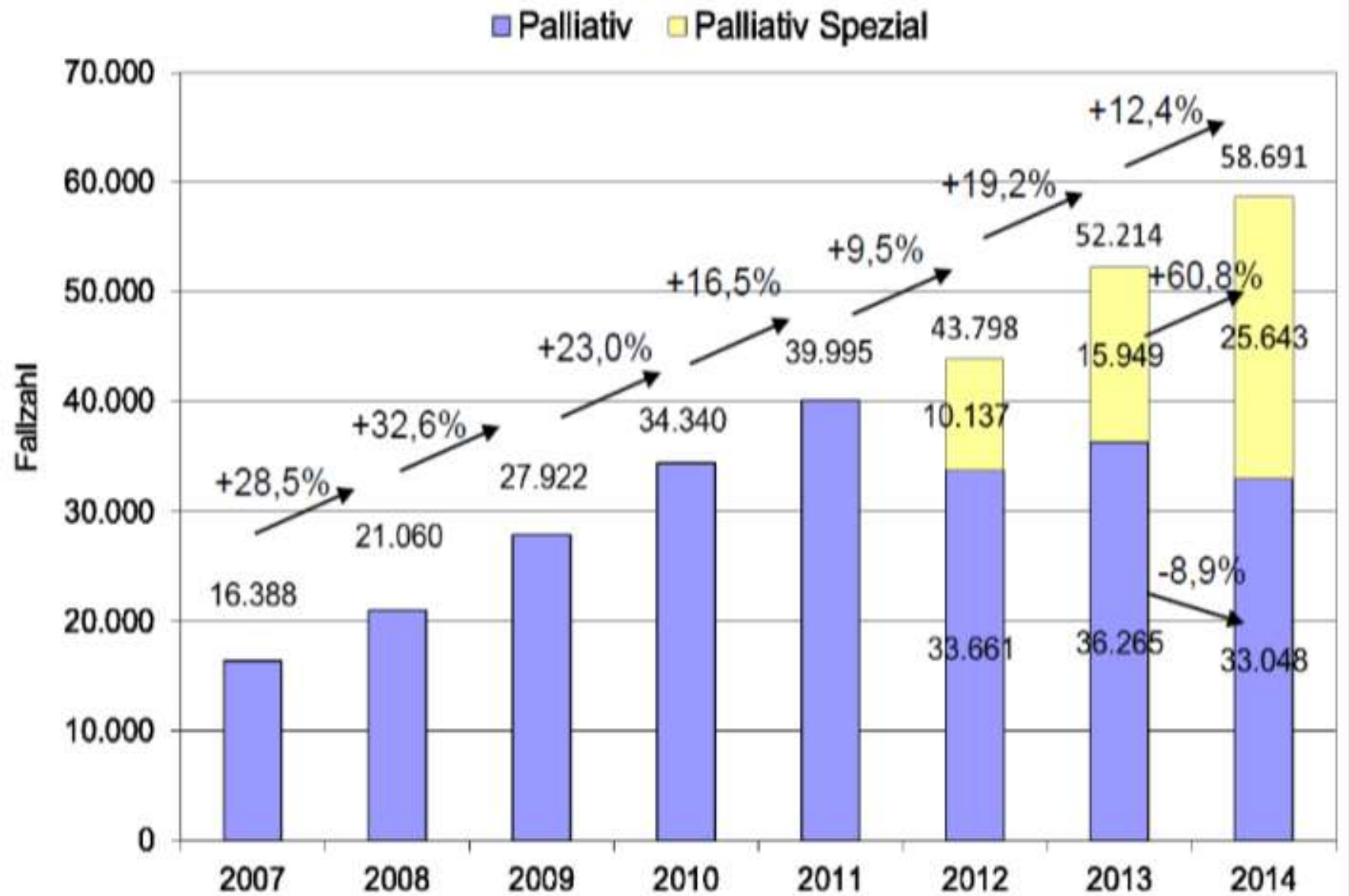
(Download unter: www.dgpalliativmedizin.de/dgp-dokumentationshilfen.html)

Spezialisierte Palliativ- versorgung (SPV)

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

[\(Glossar\)](#)

- Mindestmerkmale:
 - Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer **eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten)** durch ein **multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team**. **Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden**
 - Von Montag bis Freitag tagsüber eine **mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit** auf der Palliativeinheit
 - Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung
 - Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
 - **Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Dokumentation**
 - Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
 - Begleitung des Patienten durch **einen fallbezogenen Koordinator**
 - Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung, ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
 - Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter **apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren** und deren kontinuierliche Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle
 - Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
 - Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
 - Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)
 - Bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus)
 - Bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung



Zusatzentgelt		Betrag in Euro (gerundet)						Diff. zum Vorjahr 2015 vs 2016	
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Absolut in Euro	Relativ (in %)
ZE60.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 höchstens 13 Behandlungstage	1.335	1.340	1.274	1.274	1.218	1.134	-84	-6,9%
ZE60.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 höchstens 20 Behandlungstage	2.125	1.963	1.756	1.621	1.547	1.358	-189	-12,2%
ZE60.03	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Tage	3.311	3.433	2.761	2.604	2.442	2.330	-112	-4,6%
ZE145.01	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 höchstens 13 Behandlungstage				1.572	1.508	1.507	-1	-0,1%
ZE145.02	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 höchstens 20 Behandlungstage				1.906	1.772	1.798	26	1,5%
ZE145.03	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage				3.220	3.055	3.146	91	3,0%

Bei dem Zusatzentgelt ZE 145 bedeutet der Mehrerlös gegenüber dem ZE 60 eine Steigerung von jeweils etwa 23 Prozent bei 7-13 Tagen sowie ab Tag 21, in der mittleren Kategorie zwischen 14 und 20 Behandlungstagen beträgt die Steigerung knapp 18 Prozent.



Erlössituation einer Beispiel-Palliativstation / 8 Betten

Auslastung ca. 90 %

DRG-Erlöse im Jahr 2011	ca. 890.000 €
ZE 60 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung)	ca. 290.000 €
Summe:	ca. 1.180.000 €



Erlössituation einer Beispiel-Palliativstation / 8 Betten

Auslastung ca. 90 %

DRG-Erlöse im Jahr 2011	ca. 890.000
ZE 60 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung)	ca. 290.000
Summe:	ca. 1.180.000

$8 \text{ Betten} \times 365,25 = 2.922 \text{ Behandlungstage bei } 90\% \text{ Auslastung} = 2.629,8$

$1.18 \text{ Mio.} / 2.629,8 = \underline{\underline{448,70 \text{ € p. Behandlungstag}}}$ (bei ZE 145 = 475,-)

(entspricht ungefähr dem tagesgleichen Pflegesatz einer BE)



Personalkosten einer Beispiel-Palliativstation / 8 Betten gemäß der Empfehlungen der S3 LL

	Anzahl VK	Jährl. Kosten p. VK ca.	Jährl. Kosten ca.
Pflegestellen (1,2 p.B.)	9,6	55.000	528.000
Arztstellen (0,2)	1,6	100.000	160.000
Ärztliche Leitung (0,1)	0,8	100.000	80.000
Weitere Therapiebereiche (0,2)	1,6	60.000	96.000
Summe:			864.000



Personalkosten einer Beispiel-Palliativstation / 8 Betten gemäß der Empfehlungen der S3 LL

	Anzahl VK	Jährl. Kosten p. VK ca.	Jährl. Kosten ca.
Pflegestellen (1,2 p.B.)	9,6	55.000	528.000
Arztstellen (0,2)	1,6	100.000	160.000
Ärztliche Leitung (0,1)	0,8	100.000	80.000
Weitere Therapiebereiche (0,2)	1,6	60.000	96.000
Summe:			864.000
Erlöse DRG + ZE 60			1.180.000
Dif.			316.000



Erlössituation einer Beispiel-Palliativstation / 8 Betten

Auslastung ca. 90 %

DRG-Erlöse im Jahr 2011	ca. 890.000 €
ZE 60 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung)	ca. 290.000 €
Summe:	ca. 1.180.000 €

Auslastung ca. 90 %

DRG-Erlöse im Jahr 2011	ca. 890.000 €
ZE 145 (OPS 8-98e ab 2012)	ca. 350.900 €
Summe:	ca. 1.240.900 €

Ca. 60.900 € Mehrerlös



„Besondere Einrichtungen“ (BE)



„Besondere Einrichtungen“ (BE)

Vereinbarung zur Bestimmung Von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2015 (VBE 2015)

(1) 1Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder Patientinnen oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen **noch nicht** sachgerecht vergütet werden, können für das Jahr 2013 nach Maßgabe der folgenden Vorschriften als besondere Einrichtung nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) ausgenommen werden.

...

(3) Als besondere Einrichtung kann eine Palliativstation oder -einheit ausgenommen werden, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt ist und über mindestens fünf Betten verfügt.

Änderungen im neuen HPG

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

*In § 17b Absatz 1 Satz 15 des **Krankenhausfinanzierungsgesetzes** in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I, S. 886), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und werden die Wörter „bei Palliativstationen oder -einheiten ist für die Ausnahme ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend.“ eingefügt. (*erste Fassung*)*

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 17b Absatz 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I, S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „**bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend**“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)
§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; **unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend.**



„Besondere Einrichtungen“ (BE)

Anzahl der bundesweit vereinbarten Besonderen
Einrichtungen als Palliativstation bzw. –einheit
(laut § 5 VBE Meldungen an das InEK):
von **48 im Jahr 2007** zu **67 im Jahr 2011**.



„Besondere Einrichtungen“ (BE)

- ▶ Besondere Einrichtungen in der Palliativmedizin
Anzahl und Fallzahl nach Bundesländern in 2011 und 2012

	2011		2012	
	Anzahl	Fallzahl	Anzahl	Fallzahl
BW	2	579	2	594
BY	37	10.205	13	3.149
HH	1	6	1	6
HE	1	338	1	338
NRW	19	4.112	19	5.973
RP	5	1.089	5	1.089
SH	2	425	2	425
Summe	67	16.754	43	11.574



„Besondere Einrichtungen“ (BE)

- ▶ Besondere Einrichtungen in der Palliativmedizin
Anzahl und Fallzahl nach Bundesländern in 2011 und 2012

	2011		2012	
	Anzahl	Fallzahl	Anzahl	Fallzahl
BW	2	579	2	594
BY	37	10.205	13	3.149
HH	1	6	1	6
HE	1	338	1	338
NRW	19	4.112	19	5.973
RP	5	1.089	5	1.089
SH	2	425	2	425
Summe	67	16.754	43	11.574

Stand 1.07.2016 58 BE ca. 11.000 Fälle

Minimum: ca. 350 Euro. Maximum: ca. 580 Euro

50 Einrichtungen liegen im Bereich von 400 bis < 500 Euro

DRG vs. BE

palliativmedizinische Krankenhausfälle abgerechnet mit ...

- DRG-Fallpauschale (ggf. mit Zusatzentgelt)
- BE-Entgelt

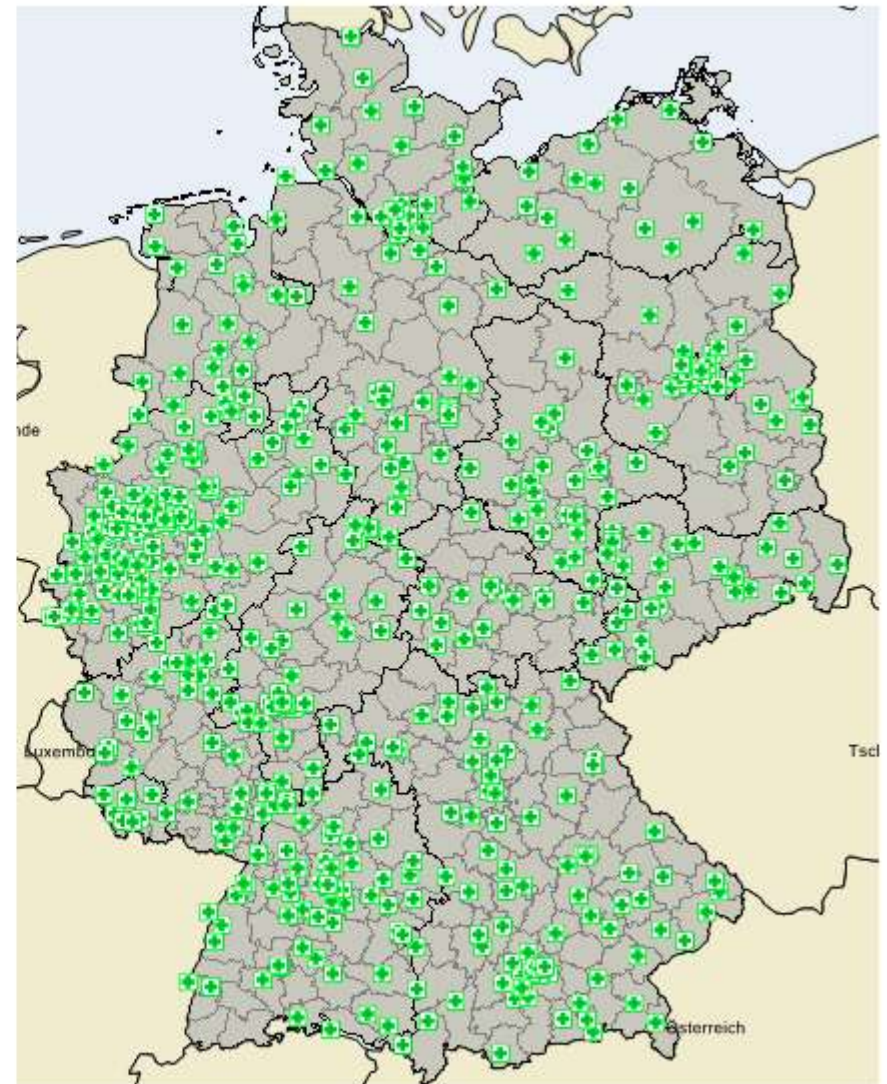


Verteilung der BE im Bereich Palliativ 2014

- hauptsächlich Bayern und NRW



Quelle: Abrechnungsdaten der Krankenkassen 2014



Vgl. Palliativmedizinische Komplexbehandlung 2014



Vorteile „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer



Vorteile „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Weniger Dokumentation / Codierung ?



Vorteile „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Weniger Dokumentation / Codierung ?
→ Ja! weil weniger Leistung/Struktur gefordert wird!



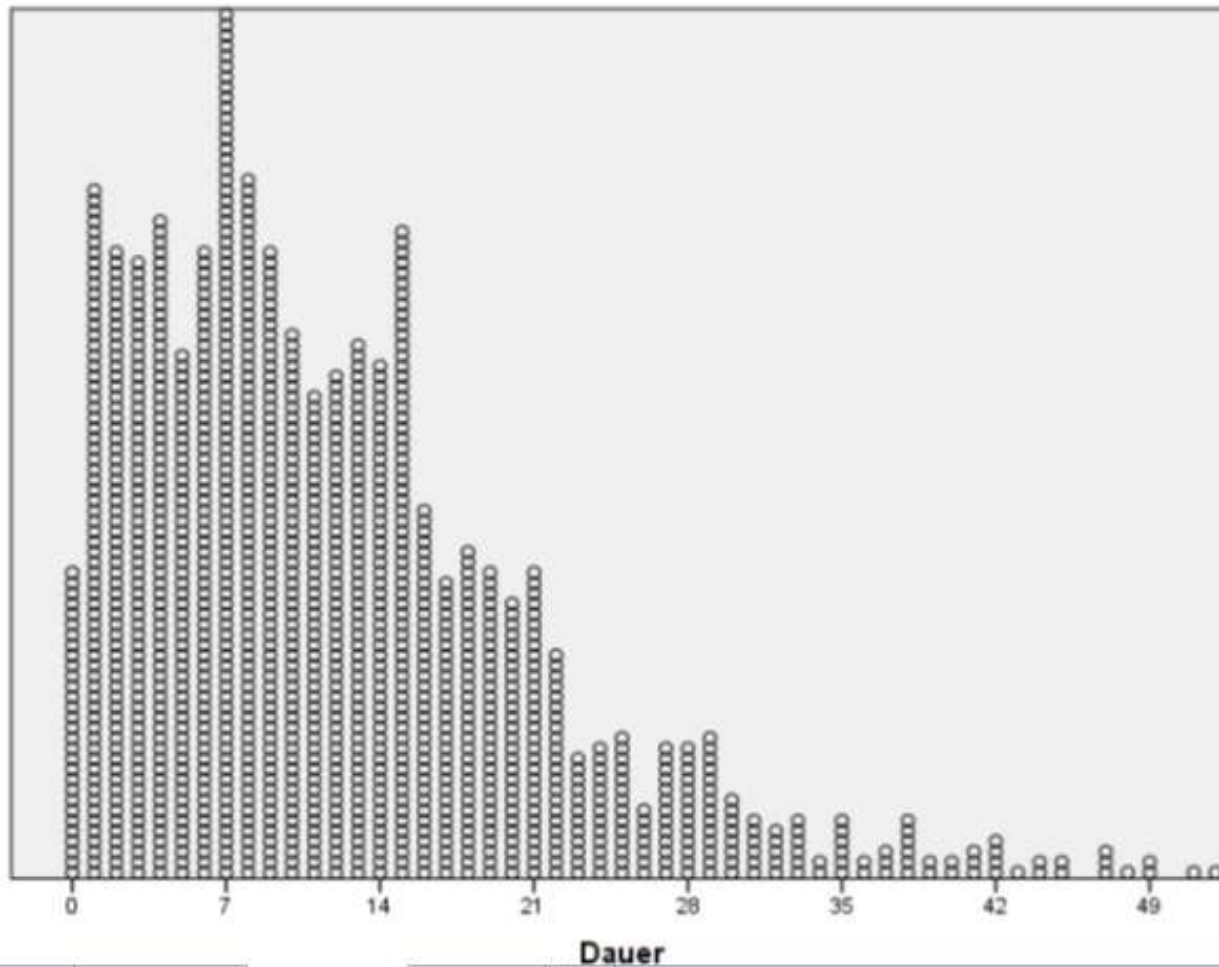
Vorteile „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Weniger Dokumentation / Codierung ?
- Keine Abhängigkeit von Verweildauer ??



Entlassungstage auf Palliativstationen (DRG)

Quelle: HOPE





Vorteile „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Weniger Dokumentation / Codierung ?
- Keine Abhängigkeit von Verweildauer ??
→ auch bei BE gibt es MDK Prüfungen wegen zweifelhafter Liegedauer

Die DRG Finanzierungssystematik beeinflusst Entscheidungen zur Entlassungsplanung

n= 27

Durchschnittliche Zustimmung: 6,93

- **Wir erlauben uns, die Patienten so lange bei uns zu behalten, bis eine tragfähige Lösung bzgl. weiterer Versorgung gefunden ist, halten dem Druck der Geschäftsführung noch stand. Wie lange noch?**
- Das trifft für die entlassbaren Patienten zu. Der Druck, den optimalen Entlasszeitpunkt nicht aus klinischer Sicht, sondern aus ökonomischer zu finden, nimmt zu.
- Sonst werden die Kosten oftmals nicht gedeckt. Damit meine ich nicht die "Liegezeit" sondern z.B.: Dyspnoe/Atemnot nicht OHNE eine Blutgasanalyse. (möchte man dem Patienten aber ersparen) usw.
- **Gerade als "besondere Einrichtung" müssen wir extrem auf die Verweildauer achten. Vor 2 Jahren wurden uns wegen zeitweiliger (geringfügiger) Überschreitung der Verweildauer (um 1,5 Tage) 280 Tage abgezogen, das entspricht dem Jahresgehalt einer Krankenschwester! Daß das nächste Hospiz in der Zeit renoviert wurde und sich dadurch die Wartezeiten pro Patient um 1 Woche verlängert hatten, wurde nicht berücksichtigt.**
- vor allem tut sie dies nicht, weil wir noch im konkren leben und gutmütig wenig aufs Geld schaun - aber DRG ist ungeeignet
- je mehr der finanzielle Druck steigt, desto eher ist man versucht, hier sich beeinflussen zu lassen.



Vorteile „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Weniger Dokumentation / Codierung ?
- Keine Abhängigkeit von Verweildauer ??
- Bessere Planungssicherheit / stabile Erlössituation ?



Vorteile „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Weniger Dokumentation / Codierung ?
- Keine Abhängigkeit von Verweildauer ??
- Bessere Planungssicherheit / stabile Erlössituation ?
- BE-Regelung reduzieren den Mehrleistungsabschlag?



Vorteile „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Weniger Dokumentation / Codierung ?
- Keine Abhängigkeit von Verweildauer ??
- Bessere Planungssicherheit / stabile Erlössituation ?
- BE-Regelung reduzieren den Mehrleistungsabschlag?
→ Durch das neue KHSG werden ab 2017 die Mehrleistungsabschläge durch sogenannte Fixkostendegressionsabschläge ersetzt, wodurch Erlöse durch Zusatzentgelte nicht mehr zu erhöhten Abschlägen führen sollen



Vorteile „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Weniger Dokumentation / Codierung ?
- Keine Abhängigkeit von Verweildauer ??
- Bessere Planungssicherheit / stabile Erlössituation ?
- BE-Regelung reduzieren den Mehrleistungsabschlag?
- Vorteile bei hausinternen Verlegungen !!



Bedenken „Besondere Einrichtungen“ (BE)
aus Sicht der Leistungserbringer



Bedenken „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Qualitätsverluste / Gefahr von Einsparungen bei der (personellen) Ausstattung



Bedenken „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Qualitätsverluste / Gefahr von Einsparungen bei der (personellen) Ausstattung
- Bei Bettenleerstand entsteht ein Anreiz zu späteren Entlassungen / Verlegungen



Bedenken „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Qualitätsverluste / Gefahr von Einsparungen bei der (personellen) Ausstattung
- Bei Bettenleerstand entsteht ein Anreiz zu späteren Entlassungen / Verlegungen
- Verlust von INEK-Daten / Kalkulation für ZE wird schwieriger bzw. ungenauer



Bedenken „Besondere Einrichtungen“ (BE) aus Sicht der Leistungserbringer

- Qualitätsverluste / Gefahr von Einsparungen bei der (personellen) Ausstattung
- Bei Bettenleerstand entsteht ein Anreiz zu späteren Entlassungen / Verlegungen
- Verlust von INEK-Daten / Kalkulation für ZE wird schwieriger bzw. ungenauer
- Erhöhter Anreiz Patienten bis zur UGV zunächst auf einer DRG Station (ggfs. mit ZE) aufzunehmen



„Fallpauschalen verursachen auf Palliativstationen, in denen die Mehrheit der Patienten verstirbt, einen finanziellen Anreiz zum fallpauschalen-verträglichen Frühableben.“

Prof. Gian Domenico Borasio in „Der Bund“ 28.03.2015



WIDERSPRUCH



„Fallpauschalen verursachen auf Palliativstationen, in denen die Mehrheit der Patienten verstirbt, einen finanziellen Anreiz zum fallpauschalen-verträglichen Frühableben.“

Prof. Gian Domenico Borasio in „Der Bund“ 28.03.2015



WIDERSPRUCH

Wenn Fallpauschalen einen Anreiz zum fallpauschalen-verträglichen Frühableben verursachen, dann bieten Tagespauschalen einen Anreiz zum „tagessatz-verträglichen Langsiechtum“, verzögern Entlassungen, senken die Qualität und verleiten dazu Patienten durch verschiedene Abteilungen zu schleusen.





Mindestanforderungen:
5 Betten
1 Facharzt Palliativmedizin

VS

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

(Glossar)

Mindestmerkmale einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten), ein interdisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonderen Bedürfnisse der Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Fachärztliche Leitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten in einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung für spezialisierte Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlung wird durch Rufbereitschaft gewährleistet. Von Montag bis Freitag tagtäglich mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit durch einen Palliativmediziner. Pflegeleistungen durch Pflegepersonal mit Nachweis über anerkannten curricularen palliativmedizinischen Fortbildung von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 2000 Palliativpatienten in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Durchführung von palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) durch Palliativmediziner. Tägliches Palliativteamgespräch mit Dokumentation. Erstellung eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme des Patienten. Bestellung eines fallbezogenen Koordinator. Aktive Einbeziehung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung des Patienten und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen. Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren und deren kontinuierliche Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle. Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal. Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele. Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.) Bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus). Bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung

Wer profitiert von tagesgleichen Pflegesätzen?

- Die Patienten?
- Die Leistungserbringer / Teams auf den Stationen?
- Die Kassen?
- Die Kaufleute / Finanzjongleure in den Kliniken?

Fazit

- Thema polarisiert / Reizthema
- Hohe emotionale Belegung durch Assoziation der Wertschätzung der Arbeit mit Ausmaß der Finanzierung
- Heterogenität der Meinungen
- Verdacht auf Vorliegen missverständlicher Interpretation der Aufgabe des DRG Systems (Kostenerstattung anstelle Belohnung)
- Projektion / Reflektion der generellen Debatte um Ökonomisierung der medizinischen Leistungen
- Es ist zu kurz gegriffen, das DRG-System als Ursache für ungewünschte Entwicklungen (Ökonomisierung) der Medizin zu betrachten
- Die Qualität der Versorgung kann zwar durch eine auskömmliche Finanzierung positiv beeinflusst werden – nicht aber durch eine bestimmte Finanzierungssystematik!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Heiner Melching, Berlin

Geschäftsführer der DGP www.palliativmedizin.de

E-Mail: heiner.melching@palliativmedizin.de