



Foto: opa

## SPZIALISIERTE STATIONÄRE PALLIATIVVERSORGUNG

# Unklare Leistungsinhalte

Trotz neuer Finanzierungsmöglichkeiten ist die leistungsrechtliche Anerkennung von spezialisierten stationären Palliativbehandlungen (SSPV) nicht verlässlich geregelt.

**D**ie leistungsrechtliche Anerkennung von spezialisierten stationären Palliativbehandlungen (SSPV) weist Mängel auf: Auf der einen Seite entfallen durch die Abkehr vom DRG-System die bisher für die Prüfpraxis wesentlichen Verweildauergrößen und die Formaldefinitionen der Prozedurencodes. Auf der anderen Seite existiert bisher keine inhaltliche Definition von SSPV-Leistungen, an der sich Krankenhäuser und Kostenträger orientieren können. Derzeit ist damit ungeklärt, auf welcher Basis sozialmedizinische Fragen nach Indikation, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit spezialisierter Palliativbehandlungen beurteilt werden. Sollen diesbezüglich ausschließlich die allgemein für Krankenhausbehandlungen geltenden Vorgaben der BSG-Rechtsprechung zur Anwendung kommen, so müssen die hieraus resultierenden Konsequenzen auch vonseiten der Kostenträger offen kommuniziert werden.

Eigentlich soll der Ausbau der Palliativversorgung in Deutschland durch das 2015 beschlossene Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) sozialpolitisch gefördert werden. Durch die Weiterentwicklung und die bes-

sere Vernetzung ambulanter und stationärer Palliativversorgungsangebote soll erreicht werden, dass sterbende Menschen entsprechend ihrer individuellen Wünsche und Bedürfnisse versorgt werden. Hierzu wurden im HPG zahlreiche organisatorische und strukturelle Maßnahmen vorgesehen.

### Der stationäre Bereich fehlt

Die Krux: Diese betreffen vorwiegend den Bereich der Palliativversorgung in stationären Hospizen und Pflegeeinrichtungen sowie die ambulante Palliativversorgung. Für den Bereich der ambulanten Palliativversorgung wurden vertragliche Erleichterungen geschaffen, die zukünftig einen flächendeckenden Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ermöglichen sollen.

Doch wie sieht es in den Krankenhäusern aus? Hier wurde in Bezug auf die Palliativversorgung zwar das Ziel einer Weiterentwicklung formuliert, aber es wurden keine konkreten Maßnahmen genannt. Bisher gliedert sich die Palliativversorgung im Krankenhaus in den Bereich der allgemeinen stationären Palliativversorgung (ASPV) und in den Bereich der

spezialisierten stationären Palliativversorgung (SSPV). Während sich die allgemeine Palliativversorgung als Teil der Normalversorgung versteht, gelten für die spezialisierte Palliativversorgung höhere Anforderungen in Bezug auf die Qualifikation des Behandlungsteams. Abgesehen hiervon existieren bisher keine inhaltlichen Kriterien für eine leistungsrechtliche Differenzierung zwischen den beiden Versorgungsbereichen. Die einzige Vorgabe des HPG für den stationären Versorgungsbereich bezieht sich auf das Abrechnungssystem. Als Alternative zur bisherigen Abrechnung über das DRG-System wurde eigenständigen Palliativeinrichtungen das Recht eingeräumt, krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren.

Diese Änderung der Abrechnungsmodalitäten bietet jedoch noch keine ausreichende Basis für einen weiteren Ausbau der SSPV. Grund hierfür ist die unzureichende leistungsrechtliche Anerkennung von Behandlungszielen und -inhalten der spezialisierten stationären Palliativversorgung. Diese resultiert aus negativen sozialmedizinischen Bewertungen, die wesentliche Aspekte palliativmedizinischer

Behandlungen unberücksichtigt lassen. Dies belegen die Daten, die zwischen Juli 2014 und Juni 2015 im Bereich Palliativmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) gewonnen wurden.

### Individueller Therapieansatz

Ziel einer Behandlung auf einer spezialisierten Palliativstation ist es, einen an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten ausgerichteten Therapieansatz zu entwickeln. In der praktischen Umsetzung wird dies durch einen multiprofessionellen Behandlungsansatz ermöglicht, wobei die beteiligten Mitarbeiter (Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter, Psycho-Onkologen, Seelsorger, Ernährungs-, Musik-, Kunst- und Physiotherapeuten) eng zusammenarbeiten.

Bis Anfang 2016 erfolgte die Finanzierung der stationären Palliativversorgung am UKE über Zusatzentgelte. Diese sind im DRG-System an zwei unterschiedliche Prozedurencodes gekoppelt. Voraussetzung für die Abrechenbarkeit beider Prozedurencodes ist eine Mindestbehandlungsdauer von sieben Tagen. Wöchentliche Teambesprechungen und ein initiales Assessment („Basisassessment“) sind nachzuweisen. Die Unterscheidung zwischen den beiden Behandlungsformen erfolgt primär durch unterschiedliche strukturelle Vorgaben. Im Unterschied zur „palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ wird für die „spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung“ eine 24-stündige fachliche Behandlungsleitung auf einer eigenständigen Palliativeinheit mit speziell qualifiziertem Personal gefordert. Darüber hinaus sollen täglich multiprofessionelle Fallbesprechungen durchgeführt werden.

Aus diesen Vorgaben wurden vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) hohe Anforderungen an die Dokumentation abgeleitet. Wird diese als nicht ausreichend bewertet, resultieren hieraus partielle oder komplette Streichungen des Zusatzentgeltes für die spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung. Dies hat erhebliche Erlösverluste zur Folge.

In Bezug auf die stationäre Verweildauer von Palliativpatienten ergeben sich aus dem DRG-System zwei Konsequenzen. Zum einen sind nach eigener Analyse 45 % der eingeleiteten spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlungen nicht abrechenbar, weil die Mindestbehandlungsdauer von sieben Tagen nicht erreicht wird. Hauptgrund hierfür ist die Tatsache, dass ein großer Teil dieser Patienten bereits innerhalb der ersten Behandlungswoche auf der Palliativstation verstirbt. Zum anderen kommt es nach eigener Analyse in etwa 40 % der abrechenbaren Fälle zu einer Überschreitung der durch das DRG-System definierten „oberen Grenzverweildauer“.

## Sieht sich das Krankenhaus aus ethischen Gründen in der Pflicht, den Patienten kurzzeitige Zwischenverlegungen zu ersparen, so muss es erhebliche Verweildauerkürzungen hinnehmen.

Die Dauer der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung wird einerseits von der Komplexität der im Einzelfall vorliegenden Symptomkonstellation bestimmt. Zum anderen spielen aber auch psychosoziale Faktoren und die Frage nach der Organisation der Weiterversorgung eine wesentliche Rolle. In vielen Fällen muss zunächst ein individueller Entscheidungsprozess durchlaufen werden, wobei als Alternativen eine häusliche Versorgung mit unterstützender SAPV und eine Hospizbetreuung im Vordergrund stehen.

### Weiterversorgung im Blick

Wenn die Weiterbetreuung in einem Hospiz erfolgen soll, so ist auch in Regionen mit gut ausgebauter Hospizversorgung mit Wartezeiten zu rechnen. Nach eigenen Daten beträgt diese Wartezeit durchschnittlich acht Tage. Die während dieser Phase fortgesetzte stationäre palliativmedizinische Behandlung wird im Rahmen sozialmedizinischer Prüfungen häufig beanstandet. Dies wird damit begründet, dass eine pflegerische Versorgung außerhalb des Krankenhauses – zum Beispiel in einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung – hätte erfolgen können. Sieht sich

das Krankenhaus in der Pflicht, dem Patienten solche organisatorisch kaum umsetzbaren „Zwischenlösungen“ zu ersparen, so muss es erhebliche Verweildauerkürzungen hinnehmen.

Seit Ankündigung der geänderten Finanzierungsmöglichkeiten zeichnen sich neue leistungsrechtliche Probleme ab. Diese resultieren vor allem aus Prüfungen bezüglich der Notwendigkeit von Palliativbehandlungen. Die Durchführung medizinischer Maßnahmen spielt jedoch in der Palliativmedizin nur so lange eine maßgebliche Rolle, wie sie der Verbesserung oder der Erhaltung der Lebensqualität dient. Werden die übrigen Behandlungsdimensionen der palliativen Thera-

pie ausgeblendet, so resultieren Ablehnungen mit der Begründung, dass eine Weiterbehandlung zur „supportiven Therapie“ und zur „Klärung der weiteren Versorgung“ nicht erforderlich gewesen sei.

Spezielle Probleme in Bezug auf die Abgrenzung zwischen spezialisierten und allgemeinen Palliativleistungen bestehen bei terminalen Erkrankungen, die nicht dem Bereich der Onkologie zuzuordnen sind. Selbst bei nachweislich hoher Symptombelastung und psychosozialer oder ethischer Begleitproblematik werden spezialisierte Palliativleistungen unter Verweis auf die Möglichkeiten der allgemeinen Palliativversorgung im Bereich der Normalstationen abgelehnt.

Für eine zukunftsfähige Lösung der leistungsrechtlichen Probleme in Bezug auf die SSPV sollten deren Leistungsinhalte verbindlich zwischen den Sozialpartnern definiert werden. Hierbei muss Berücksichtigung finden, dass eine monodimensionale leistungsrechtliche Bewertung dem multidimensionalen Behandlungsansatz nicht gerecht wird. ■

PD Dr. Christine Petersen-Benz

Universitäres DRG-Center (UDC)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)