



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Stand: 29.04.2024

Überarbeitung der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 22.05.2023

Einleitung

In Deutschland sind über die letzten Jahrzehnte Strukturen der stationären Palliativversorgung in Form von Palliativstationen und Palliativdiensten in Krankenhäusern etabliert worden, die nachweislich zu einer besseren Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen beitragen.

Der jetzt vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichte Referentenentwurf zur Umsetzung des sogenannten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) sieht 65 Leistungsgruppen vor und basiert auf dem NRW-Krankenhausplan. Dort wird die stationäre Palliativmedizin für Erwachsene unter dem Leistungsbereich 29 aufgeführt.

Problemstellung

Als Grundlage der Bedarfsberechnung im NRW-Krankenhausplan diente die Analyse der derzeitigen Ausgaben im Bereich der stationären Palliativversorgung. Bei dieser Analyse wurden wesentliche Aspekte unberücksichtigt bzw. wird von falschen Grundlagen ausgegangen, so dass von einer erheblichen Fehlberechnung des Bedarfs für Palliativversorgung auszugehen ist.

1. In der Bedarfsplanung für Palliativversorgung im NRW-Krankenhausplan wurden **ausschließlich** Fälle berücksichtigt, bei denen der **OPS-8-98e** zur Abrechnung gekommen ist. Dieser OPS gilt aber nur für Palliativstationen und wird erst erlösrelevant, wenn eine Verweildauer von 7 Tagen überschritten wird. Viele Patient:innen auf Palliativstationen haben aber eine kürzere Verweildauer, so dass der OPS 8-98e nicht zur Abrechnung kommt. Außerdem rechnen viele Palliativstationen ihre Leistungen über den OPS 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung) ab. Auch diese Fälle wurden nicht in die Bedarfsplanung einbezogen. Schließlich werden in Deutschland ca. 25% der Palliativstationen außerhalb des DRG-Systems als Besondere Einrichtung abgerechnet, so dass diese Fälle in der Bedarfsberechnung ebenso außer Acht blieben. Damit kann insgesamt von einer erheblichen Unterschätzung des Bedarfs für Palliativstationen ausgegangen werden.

- Der Fokus der Bedarfsplanung im Bereich der spezialisierten stationären Palliativversorgung liegt in der NRW-Planung allein auf Palliativstationen. In den letzten Jahren wurden aber an vielen Standorten **spezialisierte Palliativdienste** (palliativmedizinische Komplexziffer OPS 8.98h.x und OPS 8.982) etabliert, die auf Normal- und Intensivstationen (also außerhalb einer Palliativstation) Palliativpatient:innen mitbetreuen und so zu einer frühzeitigen Integration der Palliativversorgung beitragen können. Darüber hinaus sind die Betreuungskapazitäten viel größer, so dass wesentlich mehr Patient:innen als allein auf Palliativstationen betreut werden können. Diese Palliativdienste werden in der NRW-Krankenhausplanung bisher nur unzureichend berücksichtigt. Lediglich eine Angabe unter der Rubrik „sonstige Struktur- und Prozesskriterien“ erwähnt den Palliativdienst im Krankenhausplan NRW.

Bereits im NRW-Krankenhausplan wurde in Bezug auf die palliativmedizinische Bedarfsberechnung vermerkt, dass „außerdem im Vergleich mit anderen Bundesländern der Anteil der durch den komplexeren Kode 8-98e versorgten Fälle vergleichsweise gering war. Zugleich bestanden relevante regionale Unterschiede. Diese Ergebnisse sprechen für eine dezidierte Planung der spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung. Zugleich ist zu bedenken, dass die Bedarfsprognose aus methodischen Gründen in Regionen mit einer Unterversorgung den Bedarf auch für das Jahr 2024 unterschätzt.“¹ Es gibt also keine valide Bedarfsberechnung und in der Umsetzung der Planung ist dies zu berücksichtigen. Da die Palliativmedizin anders als z.B. die Radiologie im DRG-System nicht als übergreifender Bereich abgebildet ist, wird das aktuell vorhandene Versorgungsangebot nicht durch die dargestellte Systematik erfasst.

Falls hier also keine Korrektur vorgenommen wird, ist mit einer drastischen Verschlechterung der palliativmedizinischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern zu rechnen.

Lösung

Für eine flächendeckende Palliativversorgung muss die Leistungsgruppe Palliativmedizin dringend angepasst werden. Es sind sowohl Palliativstationen mit ausreichenden Betten als auch Palliativdienste notwendig. Palliativdienste sind insbesondere an Krankenhäusern relevant, die über keine eigene Palliativstation verfügen. Eine strukturelle Finanzierung dieser Dienste ist zwingend notwendig, um die auch im Krankenhausplan NRW geforderte flächendeckende Versorgung mit spezialisierter Palliativkompetenz sicherzustellen.

Bedarfsorientierte Lösungen ohne Fehlkalkulationen liegen durch unsere Fachgesellschaft vor². Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin weist deutlich darauf hin, dass aktuelle Umsetzungsvorschläge dem Rechtsanspruch von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten und deren An- und Zugehörigen auf allen Ebenen des Krankenhausssystems – von der allgemeinen Grundversorgung bis zur universitären Maximalversorgung – widersprechen.

¹ Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022

² https://www.dgpalliativmedizin.de/images/230522_DGP_Stellungnahme_Krankenhausstrukturreform_2.pdf