

Palliativmedizinische Versorgung in geriatrischen Krankenhausabteilungen – haben wir ein bedarfsgerecht abgestuftes System?

Ernst F, Lübke N,
Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes
und der MDK-Gemeinschaft

Hintergrund

Geriatrische Patienten haben oft eine begrenzte Lebenserwartung. Daher beinhaltet deren Versorgung notwendigerweise neben präventiven, kurativen und rehabilitativen auch palliative Elemente. Palliativmedizin gehört insofern schon immer zum Selbstverständnis gerade geriatrischer Medizin. Die Einführung separater Vergütung palliativmedizinischer Leistungen im DRG-System in Form von Zusatzentgelten hat zu einer deutlichen, teils auch erlösorientierten Zunahme besonderer palliativmedizinischer Komplexbehandlungen im

Krankenhaus geführt (OPS-Kodes 8-982* - allgemeine - und 8-98e* - spezialisierte Komplexbehandlung) (Abb. 1). Welche Auswirkungen hat dies aber auf die palliativmedizinische Basisversorgung im Krankenhaus? Wann benötigt ein multimorbider geriatrischer Patient eine darüber hinausgehende besondere palliativmedizinische Komplexbehandlung und unterscheiden die beiden OPS-Kodes wirklich zwischen einer allgemeinen und spezialisierten palliativen Komplexbehandlung?



Abb. 1 Anzahl Palliativmedizinischer Komplexbehandlungen im Krankenhaus (Daten gemäß § 21 KHEntgG)

Identische Anforderungen der palliativmedizinischen Komplexbehandlungen (OPS-Kodes 8-982* und 8-98e*)

- Palliativmedizinisches Basisassessment
- Fachärztlich palliativmedizinische Behandlungsleitung
- Individueller Behandlungsplan bei Aufnahme
- Behandlung im multiprofessionellen Team mit wöchentlicher Teambesprechung
- Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- Einsatz von zwei Therapiebereichen (inkl. Patienten-, Angehörigen- u./o. Familiengespräche) insgesamt 6 Stunden/Woche

Zusätzliche Anforderungen der spezialisierten palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-98e*)

- Palliativeinheit (5 Betten)
- Fachärztliche Präsenz 7h sowie 24h Rufbereitschaft
- Pflegerische Leitung mit palliativpflegerischer Zusatzqualifikation (160h)
- Fallbezogener Koordinator
- Tägliche Teambesprechung

Abb. 2 OPS-Version 2014 Systematisches Verzeichnis DIMDI

Ergebnisse und Diskussion

Eine Unterscheidung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung ist bei weitgehend identischen Leistungsanforderungen der beiden OPS-Kodes kaum möglich (s. Abb. 2). Insbesondere der therapeutische Leistungsumfang unterscheidet sich nicht. Die im OPS-Kode 8-98e* genannte *Anwendung apparativer Behandlungsformen* (bspw. parenterale Therapien) sowie die *Vermittlung zu Unterstützungsangeboten und Überleitung zu nachfolgenden Behandlungsformen* stellen grundsätzliche Bestandteile einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V dar und sind insofern sinngemäß auch generell und für den OPS-Kode 8-982* zu fordern. Patientenseitige Zuweisungskriterien für die palliativmedizinische Komplexbehandlung wurden bisher weder im OPS noch anderweitig definiert. Die bedarfsgerechte Allokation multimorbider hochaltriger geriatrischer Patienten zu den besonderen palliativmedizinischen Komplexbehandlungen ist daher unklar. Der Beitrag des Assessments zur Allokation ist bislang nicht hinreichend belegt. Die Europäische Fachgesellschaft für Palliative Care (EAPC)¹ sieht für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung im Krankenhaus neben dem „palliativen Versorgungsansatz“ i.S. der Basisversorgung einen palliativen Konsildienst und eine spezialisierte Palliativstation vor.

Letztere wäre mit dem OPS-Kode 8-98e* formal abgebildet. Die dezentrale palliativmedizinische Mitbehandlung (Konsildienst), insbesondere zur fachlichen Unterstützung, aber auch Aufrechterhaltung der palliativen Basisversorgung, ist mit den derzeitigen Strukturvorgaben des OPS 8-982* nicht ausreichend vereinbar. Der OPS-Kode 8-982* fordert gleichermaßen während der gesamten Krankenhausbehandlung die fachärztlich palliativmedizinische Behandlungsleitung sowie eine aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Nur bei präziserer Abbildung im DRG-System wird diese intermediär-konsiliarische Versorgungsstufe sich dauerhaft implementieren. Es ist des Weiteren notwendig die palliative Basisversorgung in Grundzügen (Management der Basissymptome etc.) zu operationalisieren, um in einem zweiten Schritt feststellen zu können, für welche geriatrischen Patienten eine Komplexbehandlung erforderlich ist. Die Versorgung in der Zukunft allein durch spezialisierte Palliativmedizin sicher zu stellen, ist weder kapazitativ möglich noch fachlich sinnvoll.² Dies unterstreicht die Bedeutung einer sich im DRG-System zunehmend verlierenden palliativen Basisversorgung und des Ausbaus der palliativmedizinisch-konsiliarischen Mitbehandlung.

Schlussfolgerungen

Literatur: ¹ Radbruch, Payne Z Palliativmed 2011;12:216-27 (Weißbuch zu Empfehlungen der EAPC)
² Quill & Abernethy N Engl J Med 2013; 368; 1173-5

- Die palliativmedizinischen Komplexkodes 8-982* und 8-98e* leisten keinen ausreichenden Beitrag zu einer bedarfsgerechten patientenbezogenen Allokation im palliativmedizinischen Leistungsgeschehen
- Im Hinblick auf eine die palliative Basisversorgung unterstützende, dezentrale palliativmedizinische Mitbehandlung in allen (geriatrischen) Krankenhausabteilungen, sollte seitens der Selbstverwaltungspartner eine Anpassung des OPS-Kodes 8-982* erfolgen
- Die separate Abbildung bzw. Vergütung fachärztlicher palliativmedizinischer Komplexleistungen im DRG-System birgt das Risiko, die für die Mehrzahl geriatrischer Patienten elementare palliativmedizinische Basisversorgung zu vernachlässigen
- Eine bedarfsgerecht abgestufte palliativmedizinische Versorgung im Krankenhaus (bspw. gemäß EAPC) setzt eine sachgerechte Differenzierung der Leistungsinhalte sowie die Entwicklung nachvollziehbarer Zuweisungskriterien voraus

Kontakt

Dr. Friedemann Ernst, Kompetenz-Centrum Geriatrie c/o MDK Nord, Hammerbrookstr. 5, 20097 Hamburg,
www.kcgeriatrie.de, Tel.: 040 / 25169-1153, friedemann.ernst@kcgeriatrie.de