

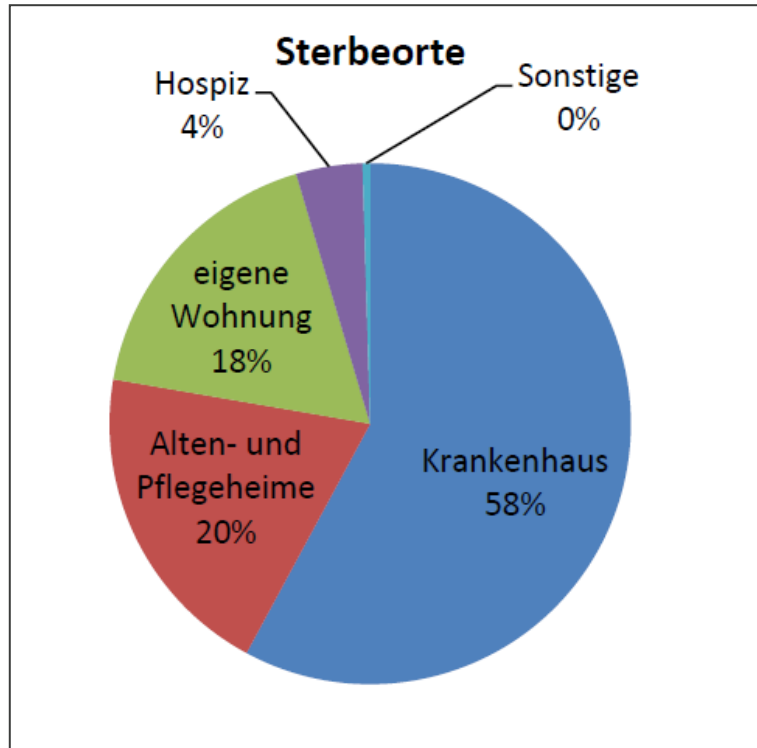


Palliative Bedarfe im Krankenhaus aus Sicht der Sozialmedizin

KCG-Expertenforum Palliativversorgung
Dr. Friedemann Ernst

20.05.2015 in Hamburg

Wo sterben wir?



47% aller Sterbenden in Deutschland befinden sich beim Eintritt des Todes im Krankenhaus

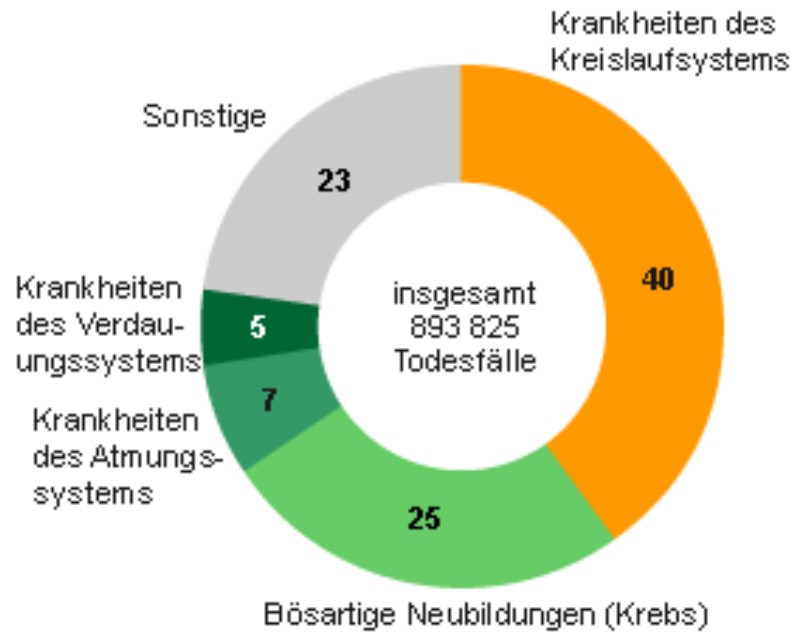
Quelle: Stat. Bundesamt 2013

Prozentuale Verteilung der Sterbeorte für Sterbefälle in Essen im März und Juni 2014 Quelle: Gesundheitsamt Essen

Woran sterben wir?

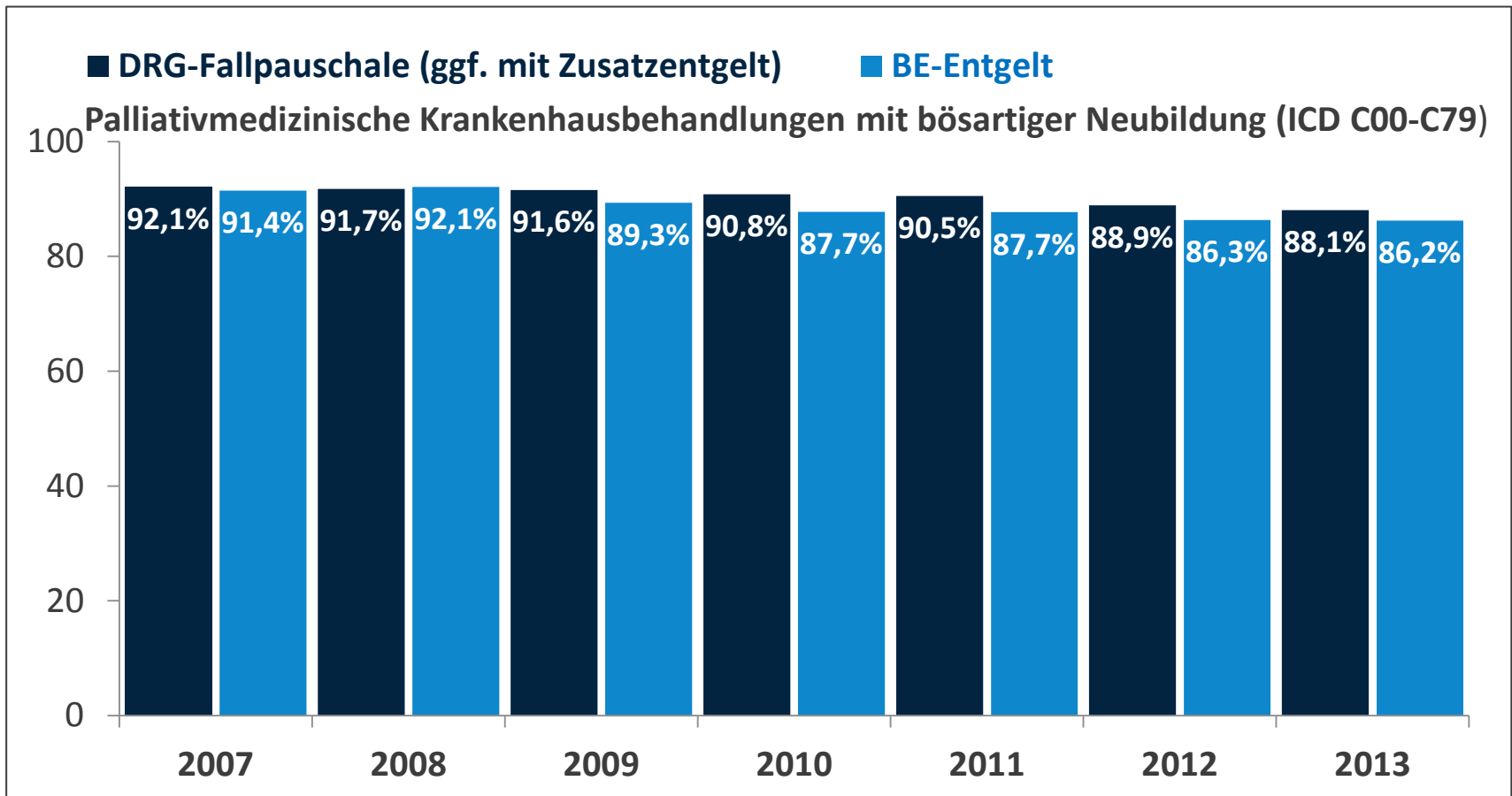
Todesursachen nach Krankheitsarten 2013

Anteile in %



© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2014

Über 80% der Patienten die spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus erhalten haben eine onkologische Diagnose!



Quelle: Abrechnungsdaten der Krankenkassen ; Auswertung Dr. Meinck KCG/GKV-SV 2015

Bedürfnisse der Betroffenen - Anforderungen an die Versorgungsstruktur (Charta Leitsatz 2)

*„Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen **Versorgungsbedarf** Rechnung trägt. (...)“*

BEDÜRFNIS UND BEDARF

- ❖ Bedürfnis ist ein **subjektiv-individueller Anspruch** oder Wunsch einer Person oder Personengruppe bzw. ein erlebter Mangel- und Belastungszustand verbunden mit dem Wunsch nach Abhilfe und Befriedigung.
- ❖ Bedarf ist der **objektiv erkennbare, nachvollziehbare**, nicht durch eigene Ressourcen zu behebbende Mangel- und Belastungszustand eines Patienten.

Quelle: S3-LL Palliativmedizin Mai 2015

Palliative Versorgungsbedarfe im Krankenhaus

Zuordnung:

Spezialisierte
Palliativversorgung:

z.B.
Palliativ-
station

(10%)

Finanzierung:

DRG-Fallpauschale ggf. mit ZE
oder BE-Entgelt (Fall-/Tagessatz)

Allgemeine
Palliativversorgung:

**Palliative Basisversorgung auf allen
Stationen im Krankenhaus**

DRG-Fallpauschale

(90%)

Allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus

Basisversorgung auf allen Stationen

- ❖ Ärztliches und pflegerisches Basismanagement von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Angst etc.
- ❖ Ermittlung des Patientenwillens und partizipative Entscheidungsfindung (d.h. auch Gespräche mit dem Patienten)
- ❖ Entlassungsmanagement gemäß § 39 Abs. 1 SGB V
- ❖ Ärztliche Sterbebegleitung mindestens gemäß den Grundsätzen der Bundesärztekammer (2011)

Allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus

Basisversorgung auf allen Stationen

Noch weitgehend offene Fragen...

- ❖ Systematisches Erkennen palliativer Bedarfe zu Beginn und im Verlauf (Screening/Assessment)
- ❖ Das heißt auch Erkennen, wann eine fachärztliche (spezialisierte) Palliativversorgung notwendig ist
- ❖ **Hierfür ist eine gemeinsame Verständigung über die Grundzüge palliativer Basisversorgung und die Kriterien für die Inanspruchnahme spezialisierter Versorgung notwendig!**

Palliative Versorgungsbedarfe im Krankenhaus

Zuordnung:

Spezialisierte
Palliativversorgung:

z.B.
**Palliativ-
station**

Finanzierung:

DRG-Fallpauschale ggf. mit ZE
oder BE-Entgelt (Fall-/Tagessatz)

(10%)

Allgemeine
Palliativversorgung:

**Palliative Basisversorgung auf allen
Stationen im Krankenhaus**

DRG-Fallpauschale

(90%)

Spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus: Finanzierung der Palliativstation

- ❖ Komplexcodes (8-982* und 8-98e*) definieren einheitliche Struktur- und Prozesskriterien und damit einheitliche Mindeststandards der Behandlung
- ❖ Es resultiert jeweils ab dem 7. Behandlungstag ein wochenweise gestaffeltes Zusatzentgelt (ZE 60.01-03 ; ZE 145.01-03)
- ❖ BE-Entgelt: krankenhausindividuell vereinbarter Tagessatz zu krankenhausindividuellen Struktur- und Prozessgegebenheiten

Beide OPS-Kodes beschreiben eine spezialisierte stationäre Palliativversorgung!

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

- Palliativmedizinisches Basisassessment in fünf Bereichen
- 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 stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-98e*)

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

Spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus: Die Palliativstation

- ❖ besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung durch ein multiprofessionelles spezialisiertes Team
- ❖ Komplexität mehrerer gleichzeitig bestehender Probleme (**Simultanität**) und **Intensität** einer Belastung in mehreren Symptomdimensionen und hoher Versorgungsaufwand

S3-LL Palliativmedizin: stationärer Behandlungsbedürftigkeit und eine der folgenden Indikationen (Empfehlungsgrad 0):

- *Komplexe Symptom- oder Problembelastung*
- *Aufwändige medizinische oder pflegerische Versorgung*
- *Unsicherheiten bezüglich des Therapieziels*
- *Überforderung oder Unsicherheit der häuslichen Versorgung*

Tendenz zum Sterben 1. und 2. Klasse?

Zuordnung:

Spezialisierte
Palliativversorgung:

z.B.
Palliativ-
station

Palliativdienst
(jedes Krhs. > 250
Betten)

Allgemeine
Palliativversorgung:

Palliative Basisversorgung auf allen
Stationen im Krankenhaus

(90%)



Spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus: Der Palliativdienst

- ❖ Vermittlung hospizlich-palliativer Haltung
- ❖ Kompetenztransfer bei komplexen Fragestellungen und somit kontinuierliche Fortbildung der Basisversorger (Symptomkontrolle, kommunikative Kompetenzen etc.)
- ❖ trägt den oft fluktuierenden Versorgungsanforderungen zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung Rechnung
- ❖ Vermeidung weiterer Behandlungsfragmentierung lebensbedrohlich schwer kranker Patienten

Spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus: Der Palliativdienst

- ❖ Soll und kann nicht die allgemeine Palliativversorgung ersetzen!
- ❖ Hinweise auf positive Effekte bei Symptomkontrolle, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit
- ❖ Finanzierung?
 - OPS-Kode 8-982* ?
 - Ergänzung der bestehenden Entgelte
 - Implementierung über GBA Qualitätsrichtlinie mit Strukturvorgaben

Spezialisierte Palliativversorgung am Krankenhaus: Palliativ(instituts)ambulanz und Tagesklinik

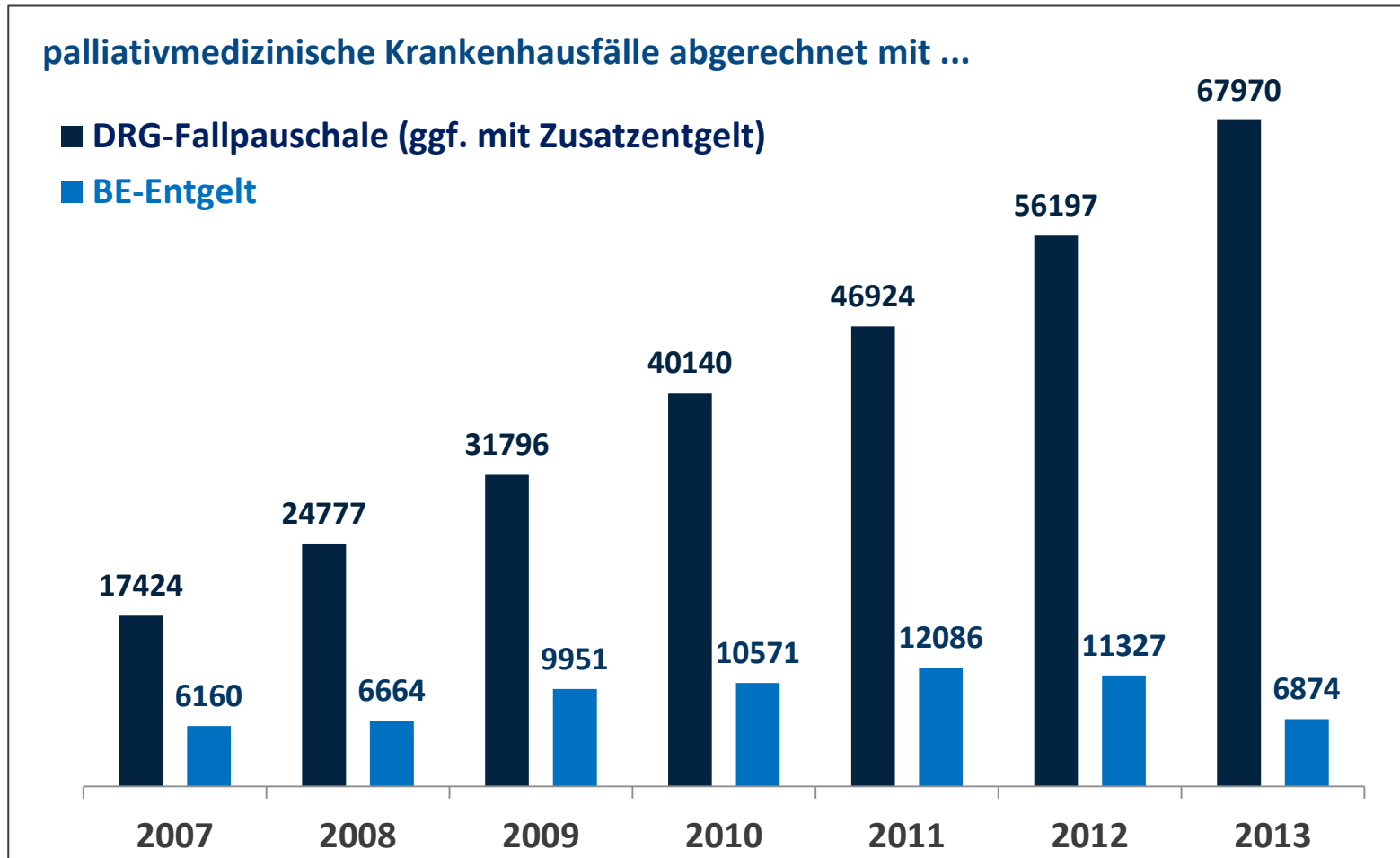
- ❖ Kann nicht die **allgemeine** vertragsärztliche Palliativversorgung ersetzen (vgl. Geriatrische Institutsambulanz)
- ❖ Sozialmedizinisch handelt es sich um **spezialisierte ambulante** Versorgungsangebote am Krankenhaus, diese sind von einer SAPV abzugrenzen
- ❖ Welche Patientengruppe käme hierfür in Frage?
 - *komplexe Symptomkontrolle*
 - *Nachts und am Wochenende ausreichend versorgt*
 - *Transportfähigkeit gegeben*

DRG und Palliativmedizin – passt das zusammen?

Missverständnisse:

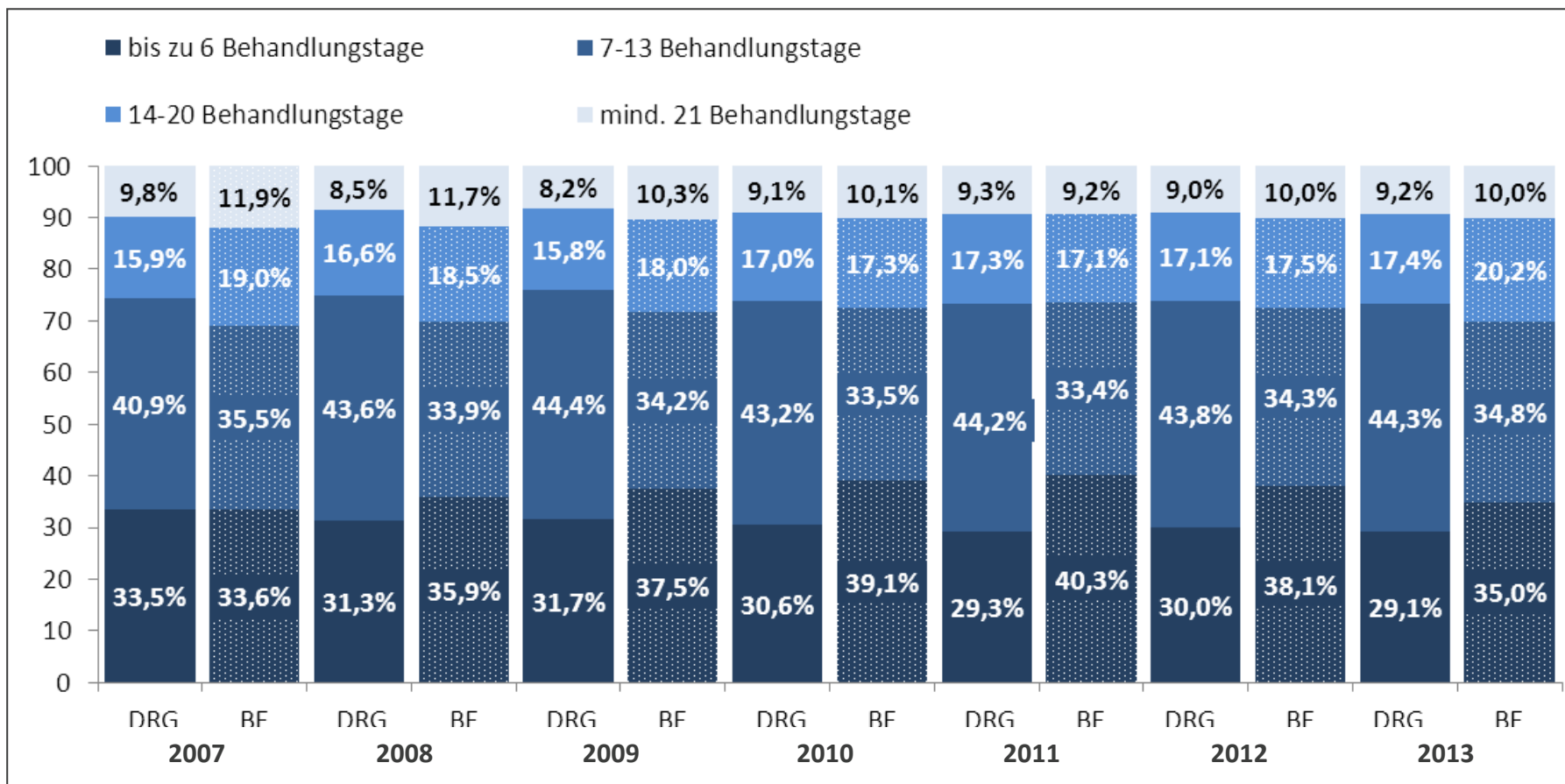
- ❖ Palliativmedizin wird nur durch Zusatzentgelte (ZE60 und ZE145) finanziert
- ❖ Jeder Einzelfall muss kostengerecht abgebildet sein
- ❖ Nach Ablauf der Pauschale muss der Patient entlassen werden

Das DRG-System hat der Palliativmedizin gut getan



Quelle: Abrechnungsdaten der Krankenkassen ; Auswertung Dr. Meinck KCG/GKV-SV 2015

DRG-Fallpauschale vs. BE-Entgelt: Unterschiede in der wochenbezogenen Behandlungsdauer



Quelle: Abrechnungsdaten der Krankenkassen ; Auswertung Dr. Meinck KCG/GKV-SV 2015

Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung

- ❖ Allgemeine Palliativversorgung im Krankenhaus bleibt unberücksichtigt
- ❖ Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes § 17b Abs. 1 Satz 15: Palliativstationen sollen künftig einseitig die Ausnahme von der DRG Vergütung erklären können (=gesetzliche Wahlmöglichkeit für BE-Entgelt)
- ❖ Dies steht einer qualitativ hochwertigen, transparenten und einheitlichen spezialisierten Palliativversorgung entgegen

Brauchen wir einen Palliativbeauftragten?

Es ist immer gut wenn es einen „Kümmerer“ gibt ... Aber

- ❖ mit welcher Qualifikation?
 - ❖ mit welchen Aufgaben?
 - ❖ auf welcher Grundlage?
 - ❖ mit welchem Mandat?
-
- ❖ Gefahr einer Alibi-Funktion
 - ❖ Zuerst Strukturen schaffen, dann Verantwortlichkeiten klären!



Palliativbeauftragte/r Hygienebeauftragte/r Qualitätsmanager/in Pflegeprozessmanager/in Demenzfachkraft

KEINE Fehlzeiten
+ 100% Präzision
+ KEINE Reklamationen

PPM Akademie

Schriftlicher Fernkurs „Palliativbeauftragte/r in der stationären Altenhilfe“ in 12 Lektionen

Palliativbeauftragte/r

in der stationären Altenhilfe (IHK zertifiziert)

Ihr Weg zu einem professionellen und menschlichen Palliativkonzept und maximaler Lebensqualität für Ihre Kunden.

Für Pflegekräfte in der stationären Altenhilfe

Werden Sie Palliativbeauftragte/r in Ihrer Einrichtung und profitieren Sie von diesen Vorteilen:

- Sie kennen und erfüllen die Anforderungen von MDK, Heimaufsicht und anderen Kontrollbehörden an ein professionelles Palliativkonzept.
- Sie lernen, wie Sie Schritt für Schritt eine lebendige und nachhaltige Palliativkultur aufbauen.
- Sie wissen, was Ihre Aufgaben als Palliativbeauftragter sind.

Zusammenfassung I

- ❖ Die große Mehrheit schwerstkranker und sterbender Menschen im Krankenhaus ist auf eine gute palliative Basisversorgung angewiesen, diese gilt es zu stärken!
- ❖ Hierfür ist auf wissenschaftlicher Grundlage eine überprüfbare, qualitätsgesicherte palliative Strukturentwicklung im Krankenhaus erforderlich.
- ❖ Der Palliativdienst im Krankenhaus stellt eine multiprofessionelle spezialisierte Palliativversorgung dar, der die palliative Basisversorgung wirksam unterstützen kann.
- ❖ Ein Palliativdienst verbessert Symptomkontrolle, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit.
- ❖ Spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus sollte bei Bedarf mehr auch chronisch-multimorbiden (nicht-onkologischen) Patienten zur Verfügung stehen.

Zusammenfassung II

- ❖ Eine bedarfsgerechte allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung setzt zwingend eine gemeinsame Verständigung über die Grundzüge palliativer Basisversorgung und über patientenseitige Kriterien zur Inanspruchnahme von spezialisierter Palliativversorgung voraus.
- ❖ Beide OPS-Kodes (8-982* und 8-98e*) beschreiben inhaltlich eine spezialisierte stationäre Palliativversorgung!
- ❖ Das DRG-System hat dem Ausbau spezialisierter palliativer Versorgung im Krankenhaus auf der Basis fachlich begründeter und vergleichbarer Struktur- u. Prozesskriterien gut getan.
- ❖ Eine erweiterte gesetzliche Wahlmöglichkeit zum Ausstieg aus dem DRG-System steht einer transparenten, qualitativ hochwertigen spezialisierten Palliativversorgung entgegen.



Vielen Dank für`s Zuhören!

und Dank meinen Kollegen vom KCG

Dr. Friedemann Ernst

Kontakt: friedemann.ernst@kcgeriatrie.de

MDK KOMPETENZ-CENTRUM
GERIATRIE