

Bedeutung des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) für das Krankenhaus

Marianne Kloke

Klinik für Palliativmedizin und Institut für Palliative Care



Kliniken Essen-Mitte





Die nächsten 30 Minuten

- Ausgangssituation
 - Das HPG
 - Ambulante Hospizdienste
 - Palliativkomplexbehandlung
 - Palliativstationen
 - Palliativdienst
 - Zusammenfassung
- 



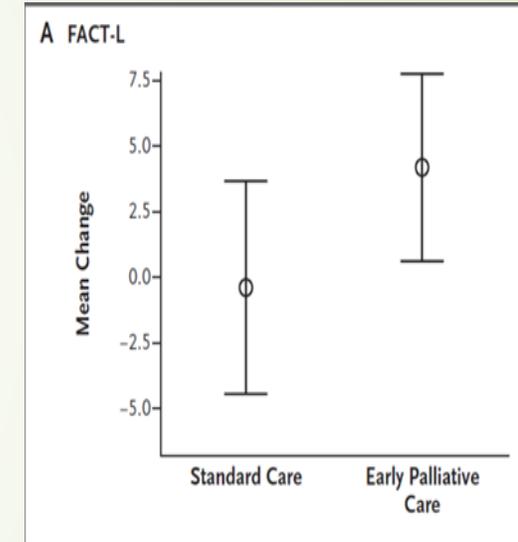
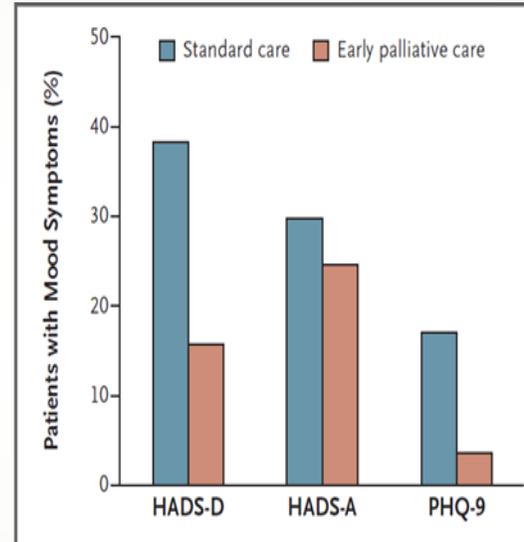
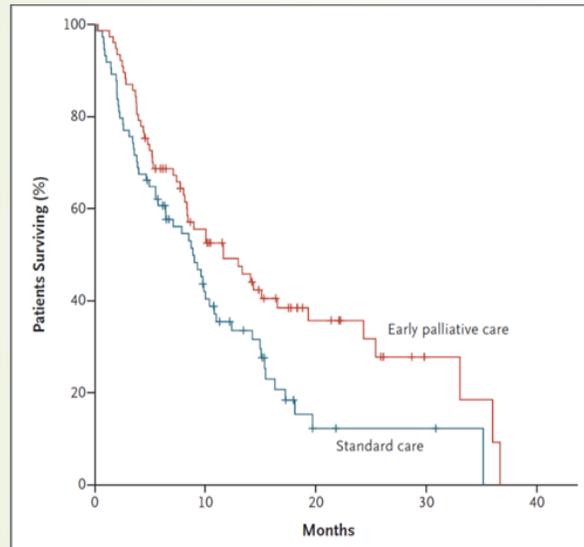
Und es begab sich

Der Deutsche Bundestag hat beschlossen

- ▶ am 5. November 2015 das „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“
 - ▶ Im wesentlichen Ergänzung / Modifikation des SGB V, SGB XI sowie des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- ▶ am 3. Dezember 2015 das "Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung,"
 - ▶ Neueinführung des § 217 Strafgesetzbuch

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel et al



- As compared with patients receiving standard care, patients receiving early palliative care had **less aggressive care at the end of life but longer survival.**

Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue?

Earle CC et al. J Clin Oncol. 2011

- ▶ tumorspezifische Therapie in den letzten 14 Lebenstagen und/ oder Umstellung auf eine neue tumorspezifische Therapie in den letzten 30 Lebenstagen (**Überversorgung**),
- ▶ Nutzung von Intensivstationen und stationäre Noteinweisungen im letzten Lebensmonat (**Fehlversorgung**),
- ▶ Einbeziehung von Hospiz- und Palliativangeboten kürzer als drei Tage vor dem Tod (**Unterversorgung**)

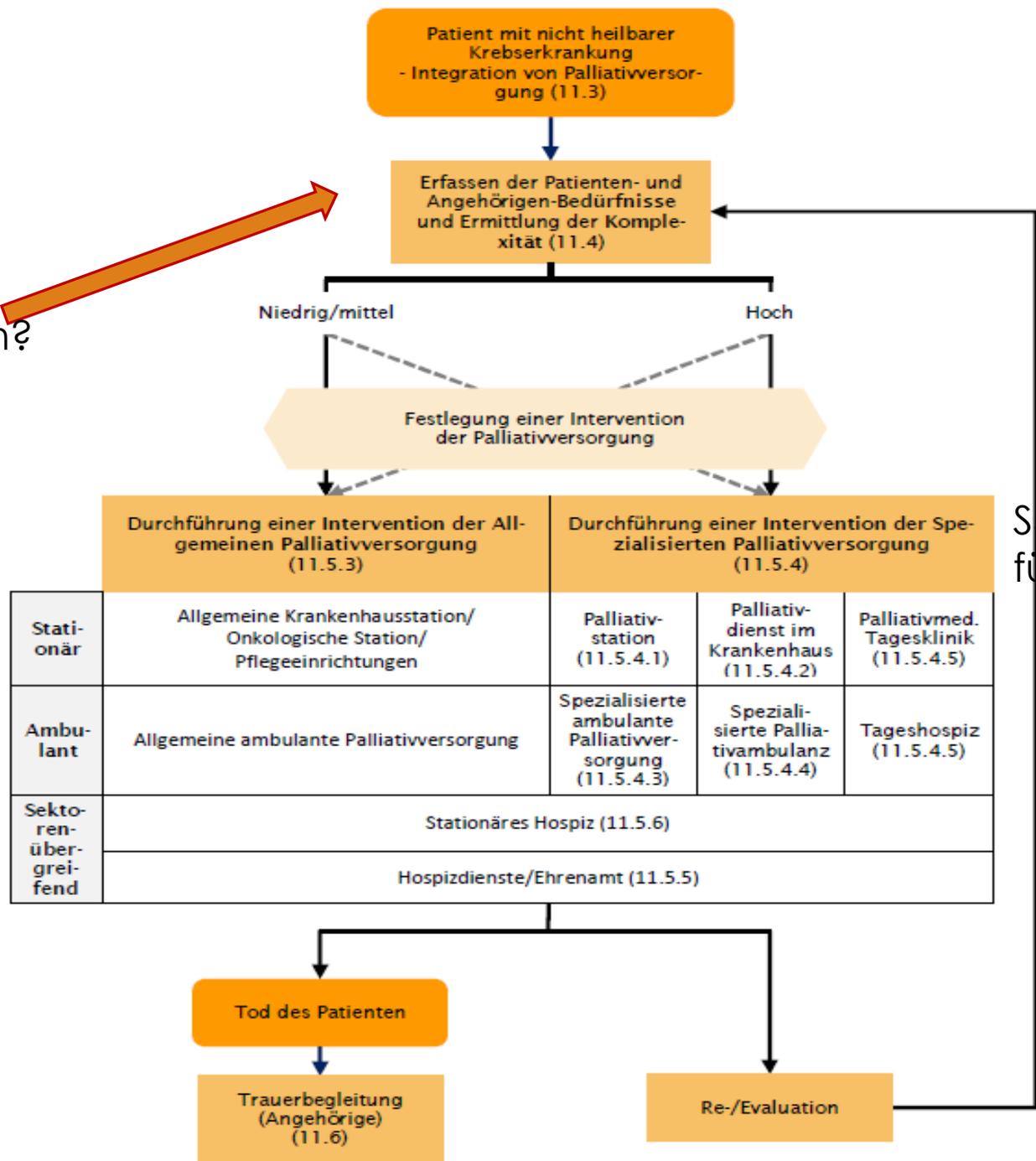


Was bedeuten klinische Kriterien für die Versorgung am Lebensende?

- weniger als drei Tage Hospizbetreuung,
- die letzte Chemotherapie-Applikation innerhalb von 14 Tagen vor dem Tod,
- intensivmedizinische Betreuung innerhalb des letzten Lebensmonats,
- mehr als einen Notfall-Einsatz im letzten Lebensmonat,
- mehr als ein Klinikaufenthalt im letzten Lebensmonat,
- Beginn des letzten Chemotherapie-Regimes innerhalb von 30 Tagen vor dem Tod,



Wer?
Wann?
Wie?



S3 Leitlinie Palliativmedizin
für den Tumorpatienten



Palliativmedizin nachgefragt ?

- Comprehensive Cancer Center
- Tumorzentren (DGHO, Darm-, Brust, Prostata-....)
- ESMO Designated Center

Und umgekehrt?

Zertifizierungspyramide der DKG

Palliative Care für Onkologische Spitzenzentren

Obligatory existence of a palliative care unit which guarantees high quality patient care. Additionally, an ambulatory palliative service must be in place.



Sektorenübergreifend

Spezialisten

Hospiz- und Palliativgesetz

Maßnahmen

- in der gesetzlichen Krankenversicherung
- in der sozialen Pflegeversicherung
- **im Krankenhauswesen**



Zielsetzung des HPG

Schwerkranke Menschen **Hilfe im Sterben** zu bieten ist ein Gebot der Menschlichkeit. Dazu gehört jegliche medizinische, pflegerische, psychologische und seelsorgliche Hilfe, die einen Menschen **in der letzten Lebensphase** begleitet.

Diese Hilfe muss in ganz Deutschland ausgebaut werden. Deshalb stärken wir die Hospiz- und Palliativversorgung überall dort, wo Menschen ihre **letzte Lebensphase** verbringen – sei es zu Hause, im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im Hospiz. Zugleich verbessern wir die Information und Beratung, damit Hilfsangebote besser bekannt werden. Denn jeder soll die Gewissheit haben, **am Lebensende** gut betreut und versorgt zu werden.

Minister Gröhe

Zielsetzung des HPG

1. Ausbau der PV in strukturschwachen und ländlichen Regionen die Palliativversorgung
2. Unterstützung der Hospizbewegung
3. Sicherstellung der Vernetzung von Angeboten der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der hospizlichen Begleitung + Gewährleistung der Kooperation der daran beteiligten Leistungserbringer
4. die Palliativversorgung als Teil der Regelversorgung in der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu verankern und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) flächendeckend zu verbreiten,
5. die finanzielle Förderung stationärer Kinder- und Erwachsenenhospize sowie ambulanter Hospizdienste zu verbessern,
6. **die Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken sowie**
7. die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren und Pflegeheimbewohnern eine individuelle Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu ermöglichen.



Was kostet das Ganze und wer bezahlt?

- Die beschriebenen Maßnahmen werden – abhängig von der Ausgestaltung durch die Selbstverwaltung – insgesamt in den verschiedenen Leistungsbereichen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Mehrausgaben in Höhe eines **unteren bis mittleren dreistelligen Millionen-Euro-Betrages pro Jahr** führen.
- Dieser Betrag kommt zu den Ausgaben hinzu, die in der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit für die Hospiz- und Palliativversorgung aufgewendet werden



Palliativversorgung im Krankenhaus

- Die Allgemeine Palliativversorgung ist Bestandteil jeder Patientenversorgung.
 - Die Spezialisierte Palliativversorgung muss für alle Patienten, der ihrere bedarf, verfügbar sein (Recht!)
- 



„Ambulante“ Hospizdienste

► Grundlage

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V

► Inhalt

Gefördert werden ambulante Hospizdienste, diefür Versicherte qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung ... in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen. Bei der Begleitung in stationären Einrichtungen ist ein zwischen dem ambulanten Hospizdienst und der jeweiligen Einrichtung vernetztes und abgestimmtes Vorgehen sicherzustellen.



Konsequenzen

- Wissen aller im Krhs. Tätigen um Aufgabenstellung, rechtliche Bedingungen und Bedeutung eines Ambulanten Hospizdienstes
- Kooperationsvereinbarung zwischen Krhs und Amb. Hospizdienst
- Erstellen einer SOP zur Regelung der Zugangsbedingungen
- **Keine billige Personalreserve** 😞



Was gibt es im Krankenhaus?

- **8-982** Palliativmedizinische Komplexbehandlung
- **8-98e** ff. Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
- **8-98h** ff. Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst.



Zusatzentgelt ZE 60 (zusätzlich zum DRG)

- ZE60.01 8-982.1 Palliativmedizinische Komplexbehandlung:
Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage 1.321,76 €
- ZE60.02 8-982.2 Palliativmedizinische Komplexbehandlung:
Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage 2.108,98 €
- ZE60.03 8-982.3 Palliativmedizinische Komplexbehandlung:
Mindestens 21 Behandlungstage 3.354,27 €

Stationäre spezialisierte Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.)

Mindestmerkmale

➤ **Personeller Ebene**

- Qualifikationsnachweise
- Multiprofessionelles Team
- Fallbezogener Koordinator

➤ **Strukturelle Ebene**

- Eigenständige Palliativeinheit
- Basisassessment, Therapieplan

➤ **Organisatorischer Ebene**

- 24/7 Erreichbarkeit eines Palliativarztes
- Tgl. multiprofessionelle Teambesprechung, wöchentliche Fallkonferenzen



Wertung

- Hohe Qualitätsstandards
- Erfüllung ist auch eine Frage der Phantasie und Dokumentationsfreude des behandelnden Einheit
- **Entlassung oft nicht Patienten- sondern Entgelt- sprich Verweildauerbezogen**
- Keine Berücksichtigung des besonders hohen Aufwands für in der ersten Woche Versterbende j
- Kann parallel zu tumorspezifischer Therapie erfolgen



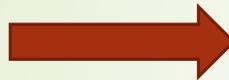
Änderung des § 17b Absatz 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

- Statt OPS 8 98 e **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** durch einseitige Erklärung des Krankenhauses auf Ausnahme von der DRG Vergütungsregelung
- „bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend“



Wertung

- Keine echten Mindestmerkmale

 hohe Gefahr des Qualitätsverlustes

- Falsche finanzielle Anreize für ein Krhs.
- **De facto Entgelt hängt vom Verhandlungsgeschick des Trägers ab.** 😞
- Keine Knechtung durch das DRG System !!!!
- **Offen:** welche Option letztendlich die ökonomisch beste für das Krhs ist.



Auszug aus dem HPG

- Ob und inwieweit durch die gestärkte Option zur Verhandlung krankenhausesindividueller Entgelte für Palliativstationen oder -einheiten jährliche Mehrausgaben entstehen, ist abhängig von den **krankenhausesindividuellen Verhandlungsergebnissen** und damit grundsätzlich nicht vorhersehbar.



Ziel:

Stärkung der Spez. Palliativversorgung im Krhs

- Ab 2017 können Krankenhäuser krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für **multiprofessionelle Palliativdienste** vereinbaren,
- ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitliche Zusatzentgelte hierfür geben.
- Die Krankenhäuser können dafür hauseigene Palliativ-Teams aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren



Palliativdienst im Krankenhaus

Geschätze Bedarfe:

- Krankenhaus der Maximalversorgung mit 500 Betten ca. 200-250 Patienten pro Jahr mit einem Bedarf an Mitbehandlung durch einen Palliativdienst

Zwei Optionen:

- 8-98h.0 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen **internen** Palliativdienst
- 8-98h.1 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen **externen** Palliativdienst

Palliativdienst Strukturmerkmale

- **Liäsondienst** für die spezialisierte Palliativversorgung für Patienten in einer anderen Abteilung
- organisatorisch **eigenständiges**, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team mit **namentlich benannten Mitgliedern**
- Leitung durch einen Facharzt mit ZPM,
- Multiprofessionelles Team mit Minimum vier qualifizierten Mitgliedern
- Zuordnung zu einer Spezialisierten Palliativmedizinischen Einheit (falls vorhanden).
- Abbildung der Aufgaben des PD im Stellenplan der führenden Abteilung
- Eigenständige Dokumentation sowohl für die Tätigkeit als auch für die Fallbesprechungen.
- **Abrechnende Abteilung kann nicht PD führende sein**
- Palliativkomplexbehandlung und PD schließen sich nur für den gleichen Aufenthalt eines Patienten aus.
- 24-stündige Erreichbarkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst für die fallführende Abteilung (kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden)



Palliativdienst Organisationsmerkmale

- Durchführung eines standardisierten Basisassessments mit validierten Instrumenten
- Nachweis anerkannter Qualifikationen sowie entsprechender Tätigkeitserfahrung für die Mitglieder des PD
- Verfügbarkeit einer SOP für die Anforderung der PD
- Vorhandensein eines **schriftlichen Strukturkonzeptes** für den PD
- Physikalisch eigener Raum
- Spezifisches Dokumentationssystem für die Aufnahme, den Verlauf und die fallbezogenen Konferenzen
- Enge Absprache mit der jeweils fallführenden Abteilung (**Kollegialprinzip**)
- 24-stündige Erreichbarkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst für die fallführende Abteilung (kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden)

Palliativdienst Qualitätsmerkmale

- Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Arzt mit ZPm sowie sechsmonatiger Tätigkeit im Bereich der spez. Palliativmedizin.
- Pflegerische Leitung durch eine Fachpflegekraft mit anerkanntem 160 Kurrikulum sowie sechsmonatiger Tätigkeit im Bereich der spez. Palliativmedizin.
- Ergänzende Einbeziehung von mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie mit anerkanntem Zertifikat für ihren jeweiligen Bereich.
- Durchführung eines Basisassessments (validierte Instrumente)
- Schriftliche Erstellung eines Therapieplanes und regelmäßige Überprüfung
- **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 ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen ergänzend zu der Behandlung der fallführenden Abteilung**
- Wöchentliche Teambesprechung des Palliativdienstes mit Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung und der pflegerischen Leitung oder deren Stellvertreter sowie mindestens einem weiteren Vertreter der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen des Palliativdienstes



am Patienten erbrachte Zeit = Zeit am Patienten

- Zeit, die für Gespräche mit und Maßnahmen unmittelbar am Patienten aufgewendet wird.
- Zeit für Befähigung und Assessment des Patientenumfelds / der Angehörigen
- Zeit, die für Gespräche, Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen (Familie, Freunde, etc.) aufgewendet wird, um Behandlungsziele einschätzbar zu machen und Behandlungsfortschritte für den Patienten zu ermöglichen.



nicht am Patienten erbrachte Zeit

- Zeit für **Behandlungskoordination** unter professionellen Diensten
- Zeit, die für inhaltliche Absprache, Falldiskussion, Therapieüberwachung und Übergabe an weiterführende Behandler mit anderen professionellen Diensten aufgewendet wird.
- Zeit, die für alle Tätigkeiten aufgewendet wird, die nicht durch inhaltliche Weiterentwicklung des Behandlungskonzeptes oder der Therapieüberwachung durch direkten Austausch (persönlich oder telefonisch) entsteht, z.B.: Informationen zum Patienten lesen, Dokumentation, Mails/Faxe schreiben, Formulare ausfüllen



Entgeltbestimmung

- Addition des Zeitaufwandes über den gesamten stationären Aufenthalt.
- Codierung jeweils nach Stundenkategorien
 - 8-98h.0.00 bis unter 2 Stunden
 -
 - 8-98h.0.0b 55 oder mehr Stunden
- Das Exklusivum 8.982 bzw. 8-98e bedeutet nicht, dass die Codes nicht während eines Aufenthaltes kombiniert werden können, sondern lediglich, dass sie nicht für denselben Zeitraum innerhalb eines stationären Aufenthaltes geltend gemacht werden können!



Wieviel muss es kosten nach Meinung der DGP?

- ▶ **Stundenpreis von ca. 400€/Stunde patientennaher Zeit**
- ▶ eine Stunde der kalkulationsrelevanten patientennahen Zeit zieht ca. 6-10 Stunden Gesamtarbeitszeit nach sich.
- ▶ Die strukturell bedingten Kosten eines Palliativdienstes steigen nicht linear mit einer größeren Anzahl zu versorgender Patienten => kleinere Häuser benötigen eine höhere Stundenpauschale



Wertung

- Verbesserung der allgemeine Palliativversorgung im Krhs
- Verfügbarkeit spezialisierter Palliativversorgung im Krhs
- Verbesserung des Entlassmanagements
- Gelebte frühe Integration
- Ökonomisierung des Behandlungen (Earle Kriterien)

Kostendeckung muss angestrebt werden!!!!

Negativempfehlungen APM der DKG- 2016

- ▶ Eine palliativ intendierte Tumorthherapie soll nicht ohne die mit dem Patienten gemeinsam getroffene Festlegung und die regelmäßige Überprüfung realistischer Therapieziele erfolgen.
- ▶ **Die Palliativversorgung für Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung soll nicht verzögert werden und kann auch parallel zur Tumorthherapie erfolgen.**
- ▶ Medikamente und Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention begleitender Erkrankungen sollen bei Krebspatienten mit limitierter Prognose nicht ohne kritische Reflexion der Indikation verordnet oder fortgesetzt werden.
- ▶ Eine tumorspezifische Therapie soll in der Sterbephase (= letzte 7 Tage) beendet werden.
- ▶ Medikamente und Maßnahmen, die nicht der Symptomkontrolle und der Lebensqualität dienen, sollen in der Sterbephase (= letzte 7 Tage) beendet werden.



Save the date: 16. Juni 2017

**Essener Forum für therapeutisch Tätige
in Palliativversorgung und Hospizarbeit**

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in Kooperation
mit dem Netzwerk Palliativmedizin Essen

