



## Palliativdienste in Kliniken – Eine neue Herausforderung

### 11. Forum Palliativmedizin

Bernd Oliver Maier, MSc

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

Medizinische Klinik III, Klinik für Palliativmedizin und interdisziplinäre Onkologie  
St. Josefs-Hospital Wiesbaden

- Was ist ein Palliativdienst
- Was fordert daran heraus
- Ideen zum Meistern der Herausforderung

# Palliativdienst

## 11.5.4.2. Palliativdienst im Krankenhaus

11.23.	Konsensbasiertes Statement
EK	Ein Palliativdienst ist eine Form der stationären, spezialisierten Palliativversorgung und behandelt Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenszeit, die nicht auf einer Palliativstation behandelt werden. Ein Palliativdienst steht zur begleitenden Mitbehandlung (ein- oder mehrmalige Visiten) mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität zu Verfügung.

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/128-001OLI\\_S3\\_Palliativmedizin\\_2015-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf)

# Palliativdienst

11.24.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad <b>A</b>	Jedes Krankenhaus, das Patienten wegen einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandelt, <i>soll</i> einen Palliativdienst anbieten.
Level of Evidence <b>4*</b>	Quellen: -
11.25.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad <b>A</b>	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> während eines stationären Aufenthaltes Kontakt mit einem Palliativdienst angeboten werden.
Level of Evidence <b>1+</b>	Quellen: Hanks et al. 2002 [726], Jack et al. 2006 [761], Gade et al. 2008 [705]

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/128-001OLI\\_S3\\_Palliativmedizin\\_2015-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf)

# Gesetz

Das Bundesgesetzblatt im Internet: [www.bundesgesetzblatt.de](http://www.bundesgesetzblatt.de) | Ein Service des Bundesanzeiger Verlag [www.bundesanzeiger-verlag.de](http://www.bundesanzeiger-verlag.de)



2118 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7. Dezember 2015

## 2. Folgender Satz wird angefügt:

„Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln.“

ch § 17b  
atzes für  
onderes  
einbaren;

Dem § 6  
vom 23. A  
durch Art 9  
S. 1211) g  
gefügt:  
„Soweit fü  
Palliativdie  
satz 1 Sat:

isatzes 2

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

### OPS 8-98h: Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst

Exkl.: Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

#### Mindestmerkmale:

- Der Palliativdienst ist ein abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/ Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Er bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab
- Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung)
- 24-stündige Erreichbarkeit und Anwesenheit bei fachlicher Notwendigkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst für die fallführende Abteilung
- Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung durch den Palliativdienst
- Erstellung eines mit der fallführenden Abteilung abgestimmten, individuellen Behandlungsplans zu Beginn der Behandlung durch den Palliativdienst
- Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse durch den Palliativdienst
- 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
- Bedarfsgerecht vorausschauende Versorgungsplanung und Koordination der Palliativversorgung z.B. durch Indikationsstellung zur Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Notfallvorausplanung
- Ggf. bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige
- Der Zeitaufwand, der von Ärzten des Palliativdienstes, von Pflegefachkräften des Palliativdienstes und von Vertretern der oben genannten Bereiche des Palliativdienstes am Patienten sowie patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert

20.12.2017

<https://www.dimdi.de/static/de/klassif/ops/kodeuche/onlinefassungen/opshtml/2017/block-8-97...8-98.htm>  
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH

6

**8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst**

**Exkl.:** Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.)

**Hinw.:** Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

**Mindestmerkmale:**

- ❑ **Der Palliativdienst ist ein abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/ Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Er bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab**
- ❑ **Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung)**
- ❑ **24-stündige Erreichbarkeit und Anwesenheit bei fachlicher Notwendigkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst für die fallführende Abteilung**
- ❑ **Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung durch den Palliativdienst**
- ❑ **Erstellung eines mit der fallführenden Abteilung abgestimmten, individuellen Behandlungsplans zu Beginn der Behandlung durch den Palliativdienst**
- ❑ **Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse durch den Palliativdienst**
- ❑ **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**
- ❑ **Bedarfsgerecht vorausschauende Versorgungsplanung und Koordination der Palliativversorgung z.B. durch Indikationsstellung zur Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Notfallvorausplanung**
- ❑ **Ggf. bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige**
- ❑ **Der Zeitaufwand, der von Ärzten des Palliativdienstes, von Pflegefachkräften des Palliativdienstes und von Vertretern der oben genannten Bereiche des Palliativdienstes am Patienten sowie patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert**

20.12.2017

St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH

7

<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtmi2017/block-8-97...8-98.htm>



## Palliativdienst: Dosisstufen

8-98h.0 Durch einen **internen Palliativdienst**

**Hinw.:**

Ein Kode aus diesem Bereich ist nur zu verwenden, wenn der Palliativdienst des Krankenhauses, in dem der Patient stationär behandelt wird, die palliativmedizinische Behandlung durchführt

- .00 Bis unter 2 Stunden
- .01 2 bis unter 4 Stunden
- .02 4 bis unter 6 Stunden
- .03 6 bis unter 9 Stunden
- .04 9 bis unter 12 Stunden
- .05 12 bis unter 15 Stunden
- .06 15 bis unter 20 Stunden
- .07 20 bis unter 25 Stunden
- .08 25 bis unter 35 Stunden
- .09 35 bis unter 45 Stunden
- .0a 45 bis unter 55 Stunden
- .0b 55 oder mehr Stunden

8-98h.1 Durch einen **externen Palliativdienst**

**Hinw.:**

Ein Kode aus diesem Bereich ist nur zu verwenden, wenn der Palliativdienst eines externen Leistungserbringers die palliativmedizinische Behandlung durchführt

- .10 Bis unter 2 Stunden
- .11 2 bis unter 4 Stunden
- .12 4 bis unter 6 Stunden
- .13 6 bis unter 9 Stunden
- .14 9 bis unter 12 Stunden
- .15 12 bis unter 15 Stunden
- .16 15 bis unter 20 Stunden
- .17 20 bis unter 25 Stunden
- .18 25 bis unter 35 Stunden
- .19 35 bis unter 45 Stunden
- .1a 45 bis unter 55 Stunden
- .1b 55 oder mehr Stunden

**Glossar der AG Stationäre Versorgung der DGP zur OPS 8-98h**  
(Stand 16.09.2016)

**OPS 8-98h** Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst  
Exkl.: Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)  
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.)  
Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst (8-98j ff.)

**Hinw.:** Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben  
**Hinweis DGP:** Das Exklusivum 8.982 bzw. 8-98e bedeutet nicht, dass die Kodes nicht während eines Aufenthaltes kombiniert werden können, sondern lediglich, dass sie nicht für denselben Zeitraum innerhalb eines stationären Aufenthaltes geltend gemacht werden können!

**Mindestmerkmale:**

**1. Der Palliativdienst ist ein abteilungsübergreifend tätiges organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Er bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten auf einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab.**

*Kommentar DGP:* Dieses Mindestmerkmal beschreibt grundsätzliche Strukturkriterien des Teams, die dem Palliativdienst zugrunde liegen. Der Palliativdienst ist medizinisch nicht einer anderen Fachdisziplin weisungsgebunden unterstellt, sondern ist ergänzender, fachlich eigenständiger Leistungserbringer der spezialisierten Palliativversorgung. Das Team des Palliativdienstes ist dabei charakterisiert durch eine definierte multiprofessionelle Teamstruktur, die das spezialisierte Leistungsspektrum abbildet und patientenindividuell in unterschiedlicher Kombination der einzelnen Leistungselemente eingesetzt wird. Die Beteiligung von mindestens drei sich ergänzenden Fachbereichen bildet dafür die Basis. (In der Regel werden dies drei unterschiedliche Berufsgruppen sein, in der OPS wird aber bewusst „Bereich“ genannt, um z.B. die Übernahme der „Case Management“ Funktion auch für Weitergebildete der Berufsgruppe der Pflegenden zu öffnen und diese dennoch spezifisch entsprechend des funktionalen Beitrags werten zu können.) Patientenindividuell entsprechend der Bedürfnisse/des Bedarfs des Patienten wird festgelegt, welche Mitglieder des multiprofessionellen Palliativdienstes den konkreten Patientenkontakt führen. Folgerichtig sind nicht alle im Palliativdienst vertretenen Berufsgruppen und Fachbereiche zwingend bei jedem Patient persönlich vorstellig.

[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_Glossar\\_Palliativdienste\\_16.09.2016.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Glossar_Palliativdienste_16.09.2016.pdf)

## Definition: patientennah / -fern

- **Patientennah:**  
Zeit die unmittelbar am Patienten / mit dem Patienten / mit seinen Angehörigen in therapeutischem Kontext verbracht wird.
  - Operationalisierung zur Transparenzsteigerung
  - Definitivische Klärung zur Festlegung der Dokumentationskriterien
  - Vermeidung von Prüf-Fehlanreizen

**1. am Patienten erbrachte Zeit = patientenbezogene 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.

**2. 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

*DGP Glossar, Stand Juni 2017*

## Mindestmerkmale

- sind Mindestmerkmale
- sind kleinster gemeinsamer Nenner
- sind politischer Kompromiss
- sind Surrogatmarker
- sind interpretationsbedürftig
- sind Streitfall
- sind **keine Indikatoren für BEST PRACTICE**

## Was sollen Palliativdienste nicht sein

- Konkurrenzangebot zur Palliativstation
- Nebenjob mit zu erschließender Geldquelle für Zusatzleistungen des Palliativstationsteams
- Synonym für Konsil oder jede palliativmedizinische Zuckung außerhalb einer Palliativstation
- Verhandlungsmasse bei Budgetverhandlungen

## Was sollen Palliativdienste sein

- Multiprofessionelle eigenständige Teams
- Fachlich unabhängig
- Indikationsbezogene Tätigkeit ergänzend zur Behandlung anderer Fachabteilungen
- Ergänzendes Element der zu schließenden palliativmedizinischen Versorgungskette im Krankenhaus

# Herausforderungen

# Herausforderungen:

## Strukturbildung

## Bedarf?

Quellen der Erkenntnis



**Patientenbezogene Daten**

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität



**Strukturdaten**

- Teamstruktur
- Patientenstruktur
- Einrichtungsstruktur



**Ergebnisse einzelner Studien**

- Bedarfsberechnungen
- Erfahrungen / Empfehlungen
- Ggfs. tlw. verallgemeinerbar

**S3-Leitlinie  
Palliativmedizin für Patienten  
mit einer nicht heilbaren  
Krebserkrankung**

Langversion 1.0 - Mai 2015  
AWM Registernummer: 128/001OL  
www.greifbaum.com 138/001OL



**Eigenes Kapitel zur  
Versorgungsstruktur**

- Definition PD
- Empfehlungen
- Tlw. evidenzbasiert

Palliativdienste – etwas Neues?

Name der Einrichtung	Gründungsjahr
Palliativmedizinischer Konsildienst Maltesser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg	1984
Brückenpflege Klinikum Konstanz	1995
Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg	2001
Klinik für Palliativmedizin	2001
Brückenpflege Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd	2002
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen	2005
Palliativdienst am katholischen Klinikum Oberhausen	2005
DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg	2007
Elisabeth-Krankenhaus Kassel	2007
Palliativmedizinischer Konsildienst	2007
Klinikum Stadt Soest	2008
Palliativmedizinischer Dienst	2009
Palliativmedizinischer Dienst am Caritas-Krankenhaus St. Josef	2009
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen, Krebszentrum Hegau-Bodensee	2010
Krankenhaus Eichhof	2010
MKK Krankenhaus Bad Oeynhausen	2010
Palliativmedizinischer Konsildienst am Klinikum Frankfurt/Oder	2010
Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie	2010
Klinikum Fürth	2011
Krankenhaus Agatharied GmbH	2011
Palliativdienst Universitätsklinikum Bonn	2011
Palliativmedizinische Abteilung	2011
Palliativmedizinischer Dienst RoMed Klinik Bad Aibling	2011
Achenbach-Krankenhaus Königs Wusterhausen	2012
Marianne Strauß Klinik	2012
Spreewaldklinik Lubben KDS	2012
Klinik Eichstätt	2014
Klinikum Altmühlfranken Weilenburg	2014
Palliativteam Neonatologie [Perinatalzentrum CCL7 der Charité Berlin]	2014
Evangelische Kliniken Gelsenkirchen	2015
Katholisches Klinikum Oberhausen, Standort St. Marien-Hospital	2015
Krankenhaus Barmherzige Brüder	2015
Palliativmedizinischer Dienst am St. Josefs-Hospital	2015
Palliativmedizinischer Konsildienst Katholisches Klinikum Koblenz-Montabaur	2015
Universitätsklinikum Münster	2015
Klinik für Neurologie, Ibo Isar-Amper-Klinikum München-Ost	2016
Palliativdienst der Ubbo-Emmius-Klinik am Standort Aurich	2016
Palliative-Care-Dienst im St. Joseph-Stift Bremen	2016
Palliativmedizinischer Dienst am Klinikum St. Marien	2016

Quelle:  
Wegweiser-Hospiz-Palliativversorgung.de

Spezialisiert / Allgemein

**S3-Leitlinie  
Palliativmedizin für Patienten  
mit einer nicht heilbaren  
Kreberkrankung**

Langversion 1.0 - Mai 2015  
AWMF-Registernummer: 128/0010L

	Durchführung einer Intervention der Allgemeinen Palliativversorgung (11.5.3)	Durchführung einer Intervention der Spezialisierten Palliativversorgung (11.5.4)		
Stationär	Allgemeine Krankenhausstation/ Onkologische Station/ Pflegeeinrichtungen	Palliativstation (11.5.4.1)	Palliativdienst im Krankenhaus (11.5.4.2)	Palliativmed. Tagesklinik (11.5.4.5)
Ambulant	Allgemeine ambulante Palliativversorgung	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (11.5.4.3)	Spezialisierte Palliativambulanz (11.5.4.4)	Tageshospiz (11.5.4.5)
Sektorengreifend	Stationäres Hospiz (11.5.6)			
	Hospizdienste/Ehrenamt (11.5.5)			

19

**In-Patient Palliative Care Needs: An Epidemiological Study**

Gerhild Becker<sup>1</sup>, Isaak Hatami<sup>1</sup>, Carola J. Xander<sup>1</sup>, Bettina Dworschak-Flach<sup>2</sup>, Manfred Olschewski<sup>3</sup>, Felix Momm<sup>1</sup>, Peter Deibert<sup>4</sup>, Irene J. Higginson<sup>5</sup>, Hubert E. Blum<sup>4</sup>

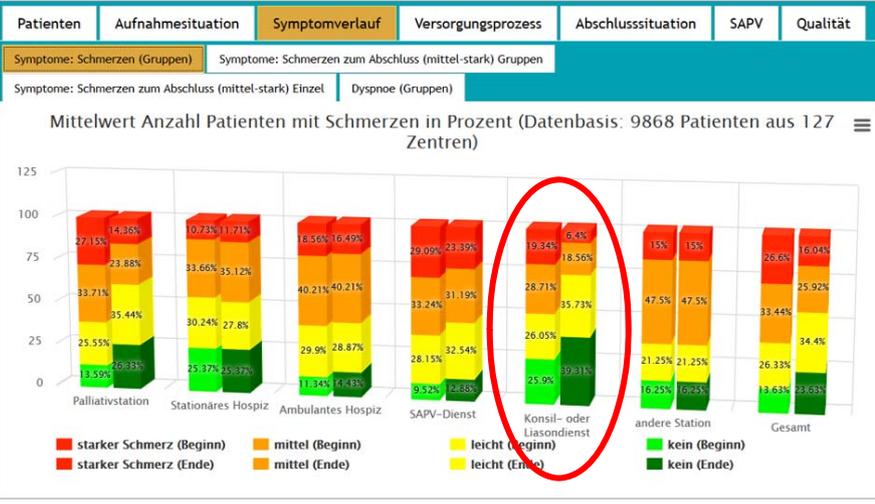
39.849 Patienten im Krankenhaus  
2.757 Patienten (6,9%) mit  
palliativmedizinischem Bedarf.

Die wichtigsten Risikofaktoren:

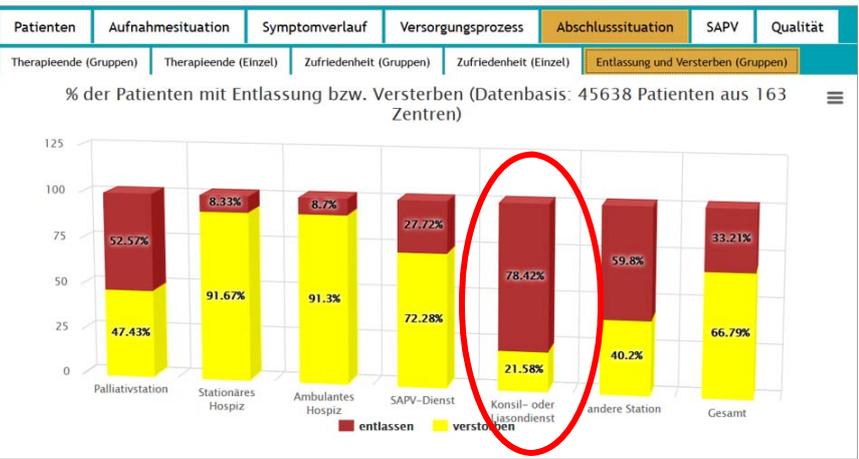
- Vorliegen einer malignen Erkrankung
- höheres Alter (definiert als > 60 Jahre)
- Fehlen von Angehörigen
- Demenz
- hohe Pflegebedürftigkeit.

Über 17 Monate wurde der palliativmedizinische Betreuungsbedarf (PMB) auf 51 Stationen des Universitätsklinikums Freiburg im Rahmen einer prospektiven Studie erfasst. Als methodischer Zugang wurde eine elektronische Datenmaske zur Erhebung des individuellen PMB jedes stationär behandelten Patienten generiert, die von den behandelnden Ärzten bei jeder Patientenenlassung ausgefüllt werden musste, bevor der Entlassungsvorgang abgeschlossen werden konnte. Bei einer Rücklaufquote von 90,9 % konnten so insgesamt 39.849 Datensätze erhoben werden.

20



21



22



<http://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>

**Betreuungsdauer im letzten Kalenderjahr (2015)**

n=23 Palliativdienste / 6.371 Patienten

Minimal	Mittel	Maximal
Ø 1,78 Tage	Ø 8,57 Tage	Ø 30,87 Tage



<http://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>

**Anzahl der Mitarbeiter im Team (VK)**

n=28 Palliativdienste

Ärzte	Ø 1,76 (22 von 28 (=79 %) Dienste haben Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)
Pflege	Ø 1,9
Sonstige	Ø 2,35 (davon 1,96 Therapeuten)
<b>Mitarbeiter gesamt</b>	Ø 6,0 (inkl. Ehrenamtliche) Ø 5,3 (exkl. Ehrenamtliche)

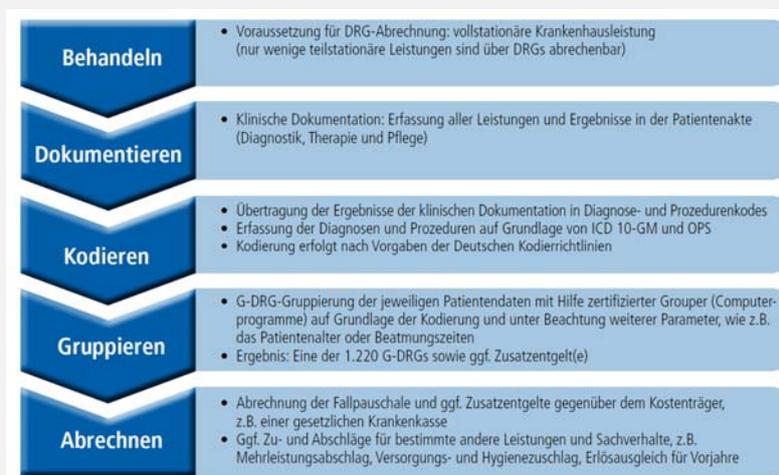
# Herausforderungen: Finanzierung

20.12.2017

St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH

25

## DRG System



Aus „Finanzierung stationärer Krankenhausleistungen in Deutschland im Jahr 2016“, Hrsg.:DRG-Research-Group in Partnerschaft mit der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitspolitik und Market Access der Sektion C der Deutschen Krebsgesellschaft (AG GePoMAX), download

## Unbewertetes Zusatzentgelt

Mit der Fallpauschalenvereinbarung 2016 ([http://g-drg.de/cms/G-DRG-System\\_2016/Abrechnungsbestimmungen/FPV\\_2016](http://g-drg.de/cms/G-DRG-System_2016/Abrechnungsbestimmungen/FPV_2016)) wird geregelt, dass sofern eine über ein unbewertetes Zusatzentgelt abgebildete Leistung vor Abschluss der Leistungs- und Entgeltverhandlung erbracht wird, diese zunächst nur mit 600 € abgerechnet werden kann. Wird später im Jahr eine Entgeltvereinbarung für das Zusatzentgelt erzielt, sollten im Regelfall die von den abgerechneten 600 € abweichend vereinbarten Erlöse in einem Ausgleichsverfahren erstattet werden. Wird für ein Zusatzentgelt im Rahmen der Leistungs- und Entgeltverhandlung keine Entgeltvereinbarung getroffen, so kann im Einzelfall für jedes Zusatzentgelt 600 € abgerechnet werden. Voraussetzung ist, dass die Behandlung im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses erfolgt bzw. die Leistung im Zuge einer Notfallversorgung erbracht wird.

Aus „Finanzierung stationärer Krankenhausleistungen in Deutschland im Jahr 2016“, Hrsg.:DRG-Research-Group in Partnerschaft mit der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitspolitik und Market Access der Sektion C der Deutschen Krebsgesellschaft (AG GePoMAX), download

## Palliativdienst: Dosisstufen

Der Zeitaufwand, der von Ärzten des Palliativdienstes, von Pflegefachkräften des Palliativdienstes und von Vertretern der oben genannten Bereiche des Palliativdienstes am Patienten sowie patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert

8-98h.0 Durch einen **internen Palliativdienst**

*Hinw.:*

Ein Kode aus diesem Bereich ist nur zu verwenden, wenn der Palliativdienst des Krankenhauses, in dem der Patient stationär behandelt wird, die palliativmedizinische Behandlung durchführt

- .00 Bis unter 2 Stunden
- .01 2 bis unter 4 Stunden
- .02 4 bis unter 6 Stunden
- .03 6 bis unter 9 Stunden
- .04 9 bis unter 12 Stunden
- .05 12 bis unter 15 Stunden
- .06 15 bis unter 20 Stunden
- .07 20 bis unter 25 Stunden
- .08 25 bis unter 35 Stunden
- .09 35 bis unter 45 Stunden
- .0a 45 bis unter 55 Stunden
- .0b 55 oder mehr Stunden

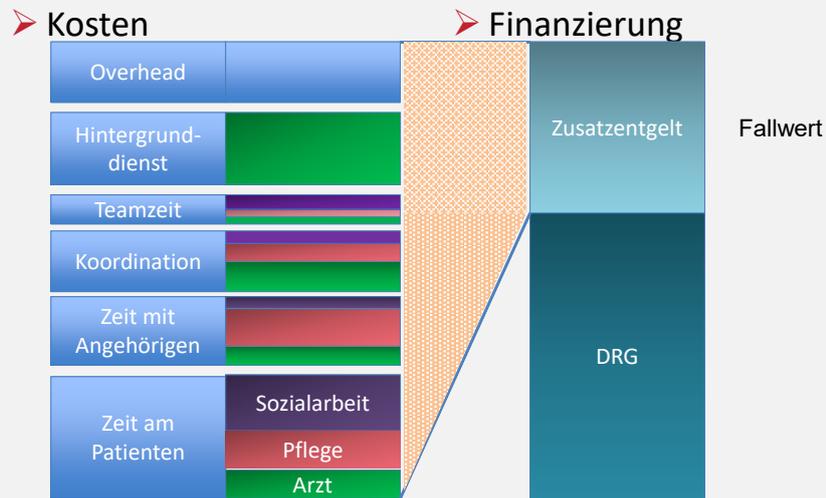
8-98h.1 Durch einen **externen Palliativdienst**

*Hinw.:*

Ein Kode aus diesem Bereich ist nur zu verwenden, wenn der Palliativdienst eines externen Leistungserbringers die palliativmedizinische Behandlung durchführt

- .10 Bis unter 2 Stunden
- .11 2 bis unter 4 Stunden
- .12 4 bis unter 6 Stunden
- .13 6 bis unter 9 Stunden
- .14 9 bis unter 12 Stunden
- .15 12 bis unter 15 Stunden
- .16 15 bis unter 20 Stunden
- .17 20 bis unter 25 Stunden
- .18 25 bis unter 35 Stunden
- .19 35 bis unter 45 Stunden
- .1a 45 bis unter 55 Stunden
- .1b 55 oder mehr Stunden

## Kostenermittlung /Finanzierung



## Die Erfolgsformel für Verhandlungen zum Palliativdienst:

$$\text{Preis in Euro} = (((a/b * g) : ((e/f * c * d) / j))) + i + k + l^2$$

- a: Teamgröße in Vollzeitäquivalenten
- b: Stellenanteilverteilung innerhalb des Dienstes nach Berufsgruppen
- c: mediane patientennahe Stundenzahl / Patient
- d: Verhältnis patientennahe / patientenferne Zeitbindung
- e: erwartete Patientenzahl nach OPS 8-98e
- f: tatsächliche Patientenzahl bisher (vor OPS 8-98h)
- g: Einkommenssplit nach Berufsgruppen
- i: Overhead / Infrastrukturkosten
- j: Verteilung Patienten zu Zeitstufen
- k: Bereitschaftsdienste
- l: Pauschale für Vergessenes

## Die Erfolgsformel für Verhandlungen:

$$\text{Preis in Euro} = (((a/b * g) : ((e/f * c * d) / j))) + i + k + l^2 =$$

**ca. 400€ / patientennahe Stunde**

- a: Teamgröße in Vollzeitäquivalenten
- b: Stellenanteilverteilung innerhalb des Dienstes nach Berufsgruppen
- c: mediane patientennahe Stundenzahl / Patient
- d: Verhältnis patientennahe / patientenferne Zeitbindung
- e: erwartete Patientenzahl nach OPS 8-98e
- f: tatsächliche Patientenzahl bisher (vor OPS 8-98h)
- g: Einkommenssplit nach Berufsgruppen
- i: Overhead / Infrastrukturkosten
- j: Verteilung Patienten zu Zeitstufen
- k: Bereitschaftsdienste
- l: Pauschale für Vergessenes

## Möglichkeiten zur Kalkulation des krankenhausindividuellen Zusatzentgeltes

**Ziel = Kostendeckung**

<p><b>Kosten des PD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal</li> <li>• Besondere Sachkosten</li> </ul> <hr style="border: 1px solid blue;"/> <p>Anzahl Pat. p. Jahr</p>	×	<p>Std. Pat. nah gem. OPS 8-98h</p>	=	<p><b>Kosten p. Stunde gem. OPS 8-98h</b></p> <hr style="border: 3px double blue;"/>
---	---	---	---	--

z.B.: 400.000 / (250 x 5) = 320

Weitere Möglichkeit zur Kalkulation des  
krankenhausindividuellen Zusatzentgeltes

Ziel = Kostendeckung

**Kosten des PD**

- Personal
- Besondere Sachkosten

---

Gesamt-  
Arbeitsstunden

**X 5**

**Kosten p. Stunde  
gem. OPS 8-98h**

↑  
Die hierfür zugrunde liegende  
Annahme beruht darauf, dass  
ca. 20% der Gesamtarbeitszeit  
als patientennah im Sinne des  
OPS 8-98h zu bewerten ist.

Ergebnisse / Erkenntnisse aus den bisherigen Verhandlungen



## Herausforderung an das Konzept

## Herausforderung an das Konzept

- Rechtfertigende Indikation

# Calman's Gap Theory

Journal of medical ethics, 1984, 10, 124-127

## Quality of life in cancer patients – an hypothesis

K C Calman Department of Oncology, University of Glasgow

### Author's abstract

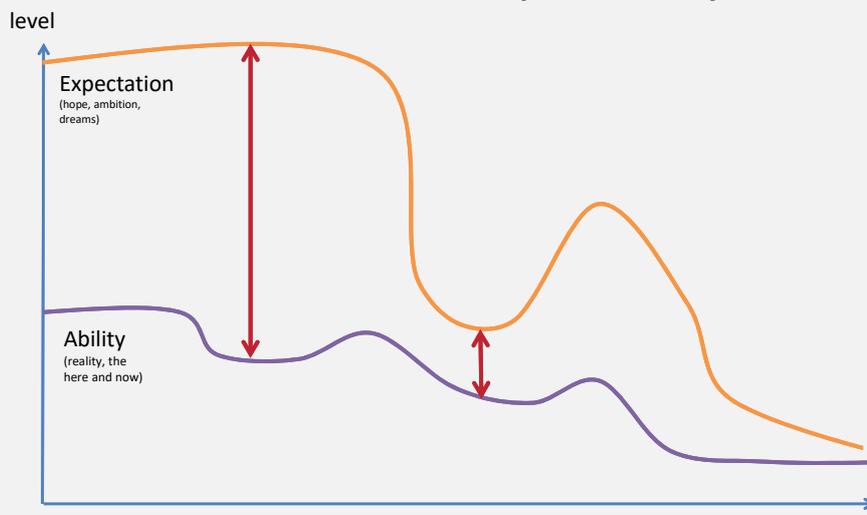
Quality of life is a difficult concept to define and to measure. An hypothesis is proposed which suggests that the quality of life measures the difference, or the gap, at a particular period of time between the hopes and expectations of the individual and that individual's present

that measurement may not be important from the point of view of the patient. Action may be required to modify the existing quality of life. Thus measurement and action need to be linked.

### Measurement of quality of life

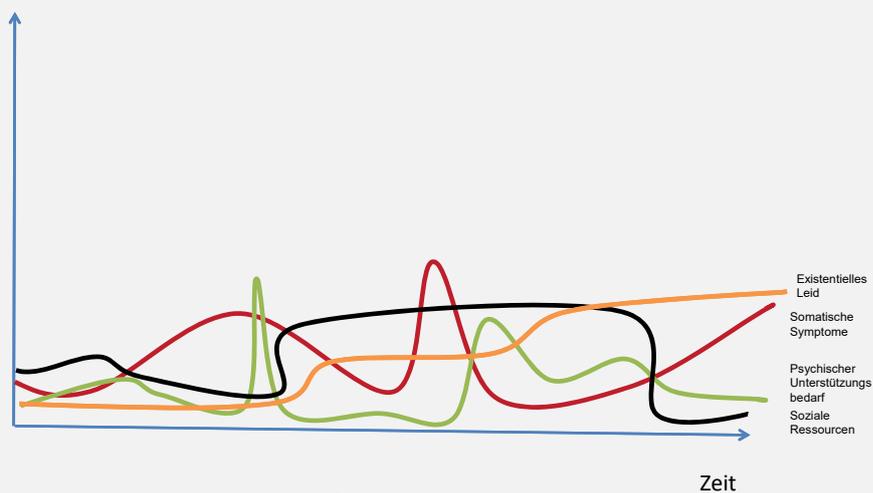
Increasing attention is being paid to the measurement

# Calman's Gap Theory



# Komplexität

Intensität



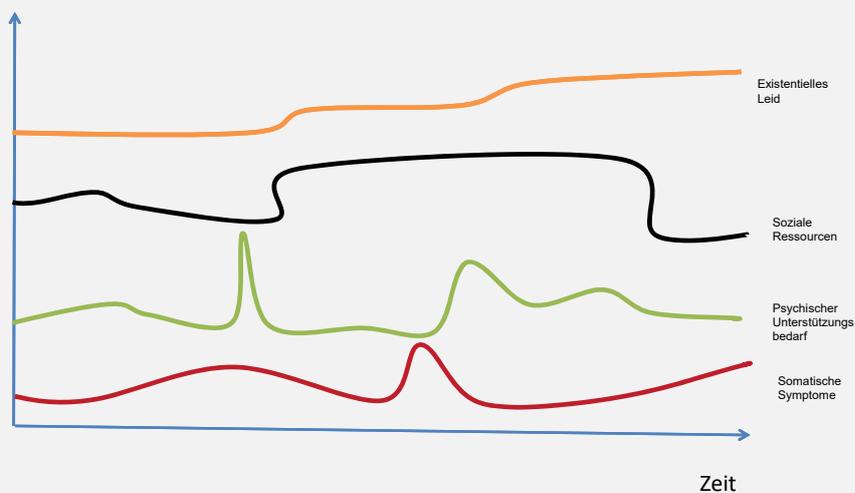
20.12.2017

St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH

39

# Komplexität

Intensität



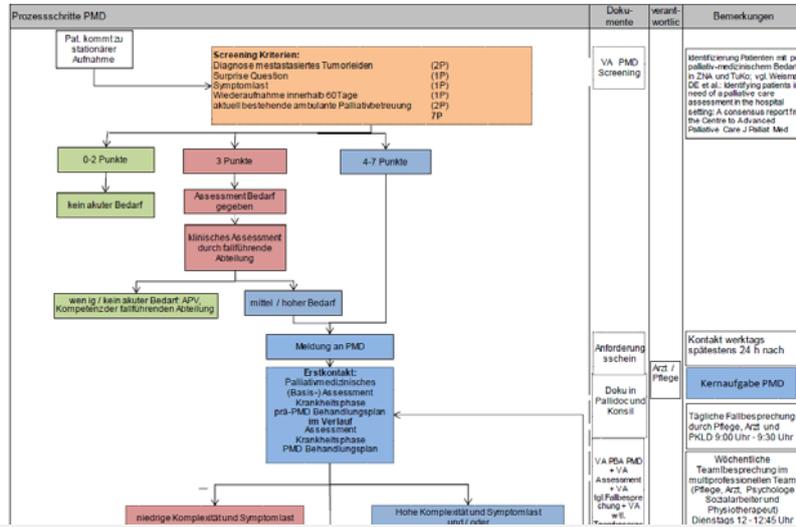
20.12.2017

St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH

40

Prozess der PMD Behandlung:

Flowchart zur Behandlungssteuerung



20.12.2017

St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH

41

# Herausforderung an das Konzept

- Gibt es noch Konsile?

20.12.2017

St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH

42

## Herausforderung an das Konzept

- Gibt es noch Konsile?
- ....in Wiesbaden schon  
35% Palliativdienst  
65% Konsile  
(n = 97)

## Herausforderung an das Konzept

- Spezialisierter Beitrag der Physiotherapie,  
Sozialarbeit, Psychologie zum Palliativdienst?

## Herausforderung in den Verhandlungen

## Herausforderung in den Verhandlungen

- Konzept verständlich machen (KK und GF!)
- Strukturmerkmale nachweisen
- Prozessqualität implementieren
- Indikationsstellung
- Palliative Hybris / Selbst-Wahrnehmung

## Herausforderung Implementierung

Eine Gesetzesgrundlage beseitigt nicht zwingend alle fachlichen Vorbehalte befreundeter Fachdisziplinen.

## Herausforderung MDK

- Strukturprüfung
- Einzelfallprüfung

## Zusammenfassung - Ideen: Was sie nicht tun sollten

- Abwarten
- Unterschätzen der notwendigen Überzeugungsarbeit im eigenen Haus
- Hoffen durch zu viel Vorleistung zu überzeugen
- Um jeden Preis abschließen

## Zusammenfassung - Ideen: Was sie tun sollten

- Lassen Sie sich von der Vision leiten, nicht von den Mindestmerkmalen
- Verhandeln Sie erst das Modell, dann den Preis
- Vernetzen Sie sich (föderal!)
- Antizipieren Sie Verhandlungsspielraum in Ihrer Kalkulation
- Geben Sie Antworten auf drängende Fragen der Kassen

## Zukunft

Die Zukunft war früher auch besser!  
(Karl Valentin)