

# Krankenhaus-Report 2007

## „Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /  
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 211-225



<b>13</b>	<b>Perspektiven der Palliativversorgung .....</b>	<b>211</b>
	<i>Hermann Ewald, Bernd-Oliver Maier, Volker E. Amelung, Thomas Schindler und Nils Schneider</i>	
13.1	Stand der Palliativversorgung in Deutschland und Meilensteine aus der jüngeren Vergangenheit.....	211
13.1.1	Problemstellung.....	211
13.1.2	Grundlagen und Definitionen .....	212
13.1.3	Angebote der spezialisierten Palliativversorgung .....	213
13.1.4	Gutachten und Expertisen zur Palliativversorgung aus der jüngeren Vergangenheit .....	214
13.2	Die Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen.....	217
13.2.1	Spezifische Versorgungsaspekte bei Palliativpatienten .....	217
13.2.2	Der Faktor Zeit in der Palliativversorgung .....	218
13.2.3	Ausdifferenzierung von Strukturen .....	219
13.2.4	Ansätze aus Australien .....	220
13.2.5	Lösungsmöglichkeiten .....	220
13.3	Palliativversorgung im Fokus der Gesundheitspolitik: Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes.....	221
13.3.1	Risiken durch die aktuelle Gesetzgebung.....	222
13.3.2	Strukturkomponenten einer zukunftsfähigen Palliativversorgung.....	223
13.4	Literatur.....	224

# 13 Perspektiven der Palliativversorgung

Hermann Ewald, Bernd-Oliver Maier, Volker E. Amelung, Thomas Schindler und Nils Schneider

## Abstract

Trotz enormer Fortschritte der Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in den letzten Jahren weist die Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen in Deutschland nach wie vor erhebliche Defizite auf. Auf Ebene des Gesundheitssystems stellt sich beispielsweise die Frage des bedarfsgerechten Angebots allgemeiner und spezialisierter palliativer Versorgungsleistungen. Dieser Beitrag stellt neben den Grundlagen der Palliativversorgung den aktuellen Stand zum Themengebiet vor, wobei besonders auf gesundheitspolitisch initiierte Gutachten und Expertisen aus der jüngeren Vergangenheit eingegangen wird. Im Mittelpunkt des Beitrages steht die Diskussion der Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen, bevor abschließend die Auswirkungen der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen für die Palliativversorgung beleuchtet werden.

Despite enormous progress of palliative medicine, palliative nursing care and hospice care in recent years, the care for incurably ill and dying patients in Germany still shows substantial deficits. On the level of Germany's health care system, for example, the supply of general and specialized palliative care does not meet the demand. Apart from the basics of palliative care, the article presents the current situation, thereby describing recent health care expert's opinions and appraisals. The article focuses on the discussion of inpatient palliative care with regard to DRG conditions and explores the effects of the current health care reforms for palliative care.

13

## 13.1 Stand der Palliativversorgung in Deutschland und Meilensteine aus der jüngeren Vergangenheit

### 13.1.1 Problemstellung

Die Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen ist eine elementare Aufgabe des Gesundheits- und Sozialsystems, die allerdings bislang in Deutschland – wie in vielen anderen Ländern mit ansonsten ähnlich hoch entwickelter gesundheitlicher Versorgung auch – deutlich vernachlässigt wurde (Jaspers/Schindler 2005; Ewers/Schaeffer 2007; Radbruch et al. 2007). Trotz enormer Fortschritte in der Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in den letzten Jahren bestehen nach wie vor erhebliche Defizite in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der be-

teiligten Berufsgruppen, in Bezug auf die erforderlichen Versorgungsstrukturen und hinsichtlich der Einstellungen zu Fragen am Lebensende auf Seiten von Patienten, Angehörigen, Gesundheitsprofessionellen und den Entscheidungsträgern auf unterschiedlichen Ebenen des Systems.

Dieser Beitrag gliedert sich in drei Teile: Nach Darstellung des Stands der Palliativversorgung und der Meilensteine der Entwicklung aus der jüngeren Vergangenheit werden die Versorgungssituation von Palliativpatienten im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen diskutiert und abschließend die Auswirkungen der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen für die Palliativversorgung beleuchtet.

### 13.1.2 Grundlagen und Definitionen

Die Begrifflichkeiten zum Themengebiet (z. B. Palliative Care, Palliativversorgung, Palliativmedizin, Palliativpflege) werden in Deutschland uneinheitlich verwendet. Die Weltgesundheitsorganisation spricht in ihrer international anerkannten Definition von Palliative Care als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen.“ Diese Ziele sollen erreicht werden „durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und die Behandlung von Schmerzen sowie anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2005). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat Begriffsbestimmungen publiziert, die als sinn-gemäße deutsche Übersetzung von Palliative Care die Ausdrücke Palliativversorgung, Palliativmedizin und Palliativbetreuung nennen. Der Terminus Palliativmedizin kann demnach einerseits als Übertragung des englischen Begriffs Palliative Care verwendet werden – und in diesem weiteren Sinne gleichwertig pflegerische, ärztliche und psychosoziale Versorgungsaspekte beinhalten – oder in einem enger gefassten Sinn als spezialisierter ärztlicher Beitrag zum Gesamtkonzept der Palliativversorgung verstanden werden (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2003).

Zunehmend setzt sich der Trend durch, zwischen einer allgemeinen und einer spezialisierten Palliativversorgung zu unterscheiden. Dabei wird unter allgemeiner Palliativversorgung die Versorgung durch primäre Versorgungsstrukturen verstanden (z. B. Hausärzte, ambulante Pflegedienste, allgemeine Krankenhausabteilungen), während zur spezialisierten Palliativversorgung diejenigen Strukturen und Akteure gezählt werden, die sich darüber hinausgehend qualifiziert haben und sich hauptsächlich mit der Palliativversorgung beschäftigen. Hierzu gehören z. B. Palliativstationen im Krankenhaus, ambulante Palliative Care Teams und Ärzte (Hausärzte, Fachärzte unterschiedlicher Disziplinen), die unabhängig von ihrer primären fachlichen Ausrichtung schwerpunktmäßig palliativmedizinisch tätig sind (Schindler 2006). Die spezialisierte Palliativversorgung ist als komplementäres Angebot zu verstehen, das die Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung nicht ersetzt, sondern bei Bedarf ergänzt.

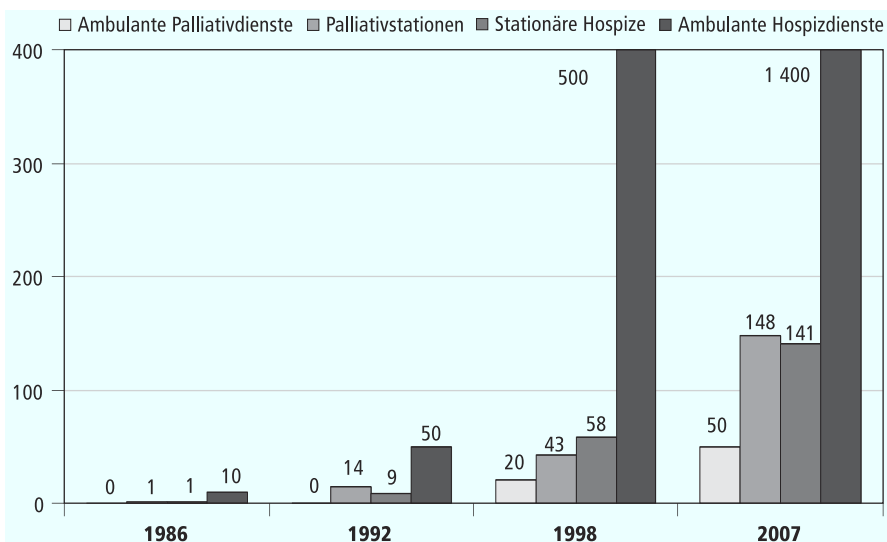
Wie groß der Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung tatsächlich ist, kann aus wissenschaftlicher Sicht empirisch gegenwärtig nicht belegt werden. Schätzungen von Experten zu Folge benötigen von den ungefähr 210 000 Menschen, die jährlich in Deutschland an Krebs versterben, ca. 15–25% temporär eine spezialisierte stationäre Palliativversorgung auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz

und rund 25 % eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (Müller-Busch et al. 2001; Jaspers/Schindler 2005; Schneider et al. 2005). Hinzuzurechnen ist der Versorgungsbedarf für Patienten, die an anderen unheilbaren, fortgeschrittenen und weiter fortschreitenden Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung leiden; dies kann beispielsweise Patienten mit bestimmten neurodegenerativen Krankheitsbildern wie der amyotrophen Lateralsklerose sowie Patienten mit terminaler Herz-, Lungen-, Leber- und Niereninsuffizienz, aber auch Patienten mit Demenz-Erkrankungen betreffen (Addington-Hall et al. 1998; Fitzsimons 2007). Besondere Bedeutung kommt in Anbetracht der demographischen Entwicklung der Gruppe alter und hochbetagter, häufig multimorbid erkrankter Menschen zu. Bislang beträgt der Anteil an Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen in spezialisierten palliativen Einrichtungen in Deutschland weniger als 10 %; der tatsächliche Bedarf wird jedoch weitaus höher eingeschätzt (Addington-Hall et al. 1998; Wilmsen-Neumann et al. 2002; Schneider 2006).

### 13.1.3 Angebote der spezialisierten Palliativversorgung

Die spezialisierte Palliativversorgung bezieht sich auf Patienten mit besonders ausgeprägtem Versorgungsbedarf, der im Rahmen der allgemeinen Versorgung nicht (mehr) bzw. vorübergehend nicht abgedeckt werden kann. In Deutschland existieren gegenwärtig ca. 140 Palliativstationen und 140 Hospize (Abbildung 13–1), womit der geschätzte Bedarf von 50 Betten pro 1 Mio. Einwohner an stationären Versorgungsstrukturen mehr als zur Hälfte gedeckt ist (30 Betten pro 1 Mio. Ein-

Abbildung 13–1  
**Entwicklung der Anzahl spezialisierter Palliativstrukturen in Deutschland seit 1986\***



\*Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ([www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)); Stand: 20.5.2007

wohner). Zu berücksichtigen sind allerdings erhebliche regionale Unterschiede, wie Tabelle 13–1 verdeutlicht.

Im ambulanten Sektor finden sich bislang nur wenige professionelle Angebote für spezialisierte Palliativversorgung (Palliative Care Teams, ambulante Palliativdienste). Dem gegenüber steht eine hohe Zahl (ca. 1 300) ehrenamtlich geprägter ambulanter Hospizdienste (Schindler 2006). Was die erforderlichen Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung betrifft, so geht man derzeit von einem Bedarf von ca. 330 Palliative Care Teams bzw. ambulanten Palliativdiensten aus (bei einem angenommenen Einzugsbereich von durchschnittlich etwa 250 000 Einwohner pro Team).

Eine Fokussierung auf den Ausbau spezialisierter palliativer Versorgungsstrukturen alleine würde jedoch der Problematik nicht gerecht werden. Um die Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten in Deutschland nachhaltig und in der Breite zu verbessern, sind zudem erhebliche Anstrengungen auf dem Gebiet der allgemeinen Palliativversorgung (z. B. Rahmenbedingungen der Hausarztmedizin) und beim gesamtgesellschaftlichen Umgang mit Fragen von Tod und Sterben erforderlich (Schneider et al. 2005; Ewers/Schaeffer 2007).

Über Schwierigkeiten und Probleme in der bisherigen Regelversorgung von Palliativpatienten, die Bedarfslage betroffener Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Konsequenzen, die sich daraus für unterstützende Angebote ableiten lassen, gibt die wissenschaftliche Begleitforschung zweier Modellprojekte in Nordrhein-Westfalen näher Auskunft, die u. a. vom Gesundheitsministerium und den Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen gefördert worden sind (Ewers/Schaeffer 2003; Schaeffer et al. 2003; Wagner/Abholz 2003).

### 13.1.4 Gutachten und Expertisen zur Palliativversorgung aus der jüngeren Vergangenheit

Ein Meilenstein für die Weiterentwicklung der Palliativversorgung in der jüngeren Vergangenheit war auf politischer Ebene der Bericht der Bundestags-Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ über die „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ im Juni 2005 (Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2005). In einem dem Bericht zugrunde liegenden Gutachten über den „Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten“ (Jaspers/Schindler 2005) wurde u. a. deutlich, dass Deutschland mit rund 22 Hospiz- und Palliativbetten pro eine Million Einwohner zahlenmäßig hinter Ländern wie Großbritannien, Belgien und Polen liegt (54 bzw. 35 bzw. 33 Betten pro eine Million Einwohner), aber vor Frankreich und Spanien (17 bzw. 19 Betten pro 1 Mio. Einwohner). Die Dynamik der Entwicklung auf diesem Feld wird auch dadurch verdeutlicht, dass, wie beschrieben, nur zwei Jahre später schon 30 Hospiz- und Palliativbetten pro eine Million Einwohner in Deutschland zur Verfügung stehen (vgl. Tabelle 13–1). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass internationale Vergleiche auf der verfügbaren Datenbasis problematisch sind und ohne Einbeziehung der jeweiligen gesundheitssystemischen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen sehr limitierte Aussagekraft haben. Hier besteht erheblicher Forschungsbedarf.

Tabelle 13–1

**Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung in Deutschland (Realität und geschätzter Bedarf)\***

Einwohnerzahl**	Palliativstationen (PS) Palliativbetten (PB) (Bedarf: 30 Betten / 1 Mio)			Stationäre Hospize (SH) Hospizbetten (HB) (Bedarf: 20 Betten / 1 Mio)			Palliativstationen & Hospize Palliativ- & Hospizbetten (Bedarf: 50 Betten / 1 Mio)		
	PS	PB	Realität	SH	HB	Realität	H&	P-B	Realität
Baden-Württemberg (10,7 Mio Einw.)	13	115	11 Betten / 1 Mio	16	115	11 Betten / 1 Mio	29	230	22 Betten / 1 Mio
Bayern (12,5 Mio Einw.)	27	228	18 Betten / 1 Mio	9	84	7 Betten / 1 Mio	36	312	25 Betten / 1 Mio
Berlin (3,4 Mio Einw.)	4	35	10 Betten / 1 Mio	7	101	30 Betten / 1 Mio	11	136	40 Betten / 1 Mio
Brandenburg (2,6 Mio Einw.)	4	41	16 Betten / 1 Mio	6	67	26 Betten / 1 Mio	10	108	42 Betten / 1 Mio
Bremen (0,7 Einw.)	2	19	27 Betten / 1 Mio	1	8	11 Betten / 1 Mio	3	27	38 Betten / 1 Mio
Hamburg (1,7 Mio Einw.)	3	20	12 Betten / 1 Mio	4	57	34 Betten / 1 Mio	7	77	46 Betten / 1 Mio
Hessen (6,1 Mio Einw.)	8	71	12 Betten / 1 Mio	7	61	10 Betten / 1 Mio	15	132	22 Betten / 1 Mio
Mecklenburg-Vorpommern (1,7 Mio Einw.)	3	25	15 Betten / 1 Mio	4	34	20 Betten / 1 Mio	7	59	30 Betten / 1 Mio
Niedersachsen (8,0 Mio Einw.)	16	85	11 Betten / 1 Mio	14	124	16 Betten / 1 Mio	30	209	27 Betten / 1 Mio
Nordrhein-Westfalen (18,1 Mio Einw.)	29	204	11 Betten / 1 Mio	53	460	25 Betten / 1 Mio	82	664	36 Betten / 1 Mio
Rheinland-Pfalz (4,1 Mio Einw.)	12	67	16 Betten / 1 Mio	5	43	9 Betten / 1 Mio	17	110	25 Betten / 1 Mio
Saarland (1,1 Mio Einw.)	3	21	19 Betten / 1 Mio	2	24	22 Betten / 1 Mio	5	45	41 Betten / 1 Mio
Sachsen (4,3 Mio Einw.)	7	72	17 Betten / 1 Mio	4	56	13 Betten / 1 Mio	11	128	30 Betten / 1 Mio
Sachsen-Anhalt (2,5 Mio. Einw.)	6	40	16 Betten / 1 Mio	3	24	10 Betten / 1 Mio	9	64	26 Betten / 1 Mio
Schleswig-Holstein (2,8 Mio Einw.)	5	41	15 Betten / 1 Mio	5	58	21 Betten / 1 Mio	10	99	36 Betten / 1 Mio
Thüringen (2,3 Mio Einw.)	6	60	25 Betten / 1 Mio	1	12	5 Betten / 1 Mio	7	72	30 Betten / 1 Mio
<b>Gesamt (82,4 Mio Einw.)</b>	<b>148</b>	<b>1 134</b>	<b>14 Betten / 1 Mio</b>	<b>141</b>	<b>1 328</b>	<b>16 Betten / 1 Mio</b>	<b>289</b>	<b>2 462</b>	<b>30 Betten / 1 Mio</b>

\* Quelle: Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ([www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)); Stand: 20.5.2007

\*\* Quelle: Statistisches Bundesamt; Stichtag: 31.12.2005

Als Konsequenz aus dem Gutachten empfahl die Enquete-Kommission u. a. „gesetzliche Regelungen zur Absicherung des Anspruchs des Patienten auf bedarfsgerechte palliativmedizinische Versorgung“ und befürwortete u. a. „die Verbesserung der ambulanten Pflege am Lebensende und die flächendeckende Einführung bereits erprobter Palliative-Care-Teams“ (Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2005). Diese Empfehlungen mündeten im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom April 2007 in die Verankerung eines Anspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung für „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen“ (§ 37b SGB V).

Zwei Versorgungsforschungs-Gutachten für die Länder Niedersachsen und Brandenburg haben sich explizit mit regionalen Bedarfsanalysen für die spezielle Palliativversorgung und mit der konzeptionellen Umsetzung beschäftigt (z. B. Schneider et al. 2005). Die Autoren bemängeln vor allem die inadäquate Zusammenarbeit der vorhandenen Strukturen und Angebote; die Versorgungsabläufe seien durch erhebliche Kommunikations- und Kooperationsprobleme an den zahlreichen Schnittstellen zwischen unterschiedlichen beteiligten Professionen, Institutionen und Diensten gekennzeichnet. Empfohlen wird u. a. der Aufbau von Palliativ-Stützpunkten, die die spezialisierte stationäre und ambulante Palliativversorgung organisatorisch bündeln und eine Ausgestaltungsform integrierter Versorgung darstellen. Die Umsetzung der Empfehlungen hat begonnen: Das Land Niedersachsen fördert in einem ersten Schritt den organisatorischen Aufbau von Palliativstützpunkten in Gebieten, in denen entsprechende ambulante und stationäre Angebotsstrukturen bereits vergleichsweise gut ausgebaut sind, mit einem Zuschuss von je 25.000 Euro pro Jahr; dies ist mit der Auflage verbunden, dass geförderte Palliativstützpunkte jeweils den Aufbau eines weiteren, neuen Stützpunktes vorbereiten und unterstützen.

Hervorgehoben wird in den Länder-Gutachten die Wichtigkeit, beim Um-, Auf- und Ausbau neuer palliativmedizinischer und -pflegerischer Angebote auf gewachsene regionale Strukturen und Spezifika zu fokussieren. So weisen Analysen von Krankenkassendaten darauf hin, dass ein hoher Anteil an Ein-Personen-Haushalten, ein hohes Durchschnittsalter und eine hohe Bevölkerungsdichte in einer Region mit gehäuften Krankenhausaufenthalten von Krebspatienten besonders in den letzten beiden Jahren vor dem Tod assoziiert sind (Schneider et al. 2006).

Es ist der Wunsch der meisten Menschen, zu Hause zu versterben – ein Wunsch, der durch angemessene Unterstützungsangebote, darunter entsprechende spezialisierte ambulante Palliativstrukturen, vielen Betroffenen ermöglicht werden kann, wie internationale und nationale Untersuchungen zeigen (z. B. Hearn/Higginson 1998; Brumley et al. 2003; Ahlner-Elmqvist et al. 2004; Diemer et al. 2004). Ein Teil der Palliativpatienten benötigt in bestimmten Phasen der Erkrankung jedoch eine stationäre Behandlung, beispielsweise zur Krisenintervention bei ambulant nicht (zufriedenstellend) beherrschbaren Symptomen oder im Rahmen bestimmter spezifischer Maßnahmen (Chemotherapien, Operationen, Strahlentherapien u. a.). Insofern sind ambulante und stationäre Strukturen komplementäre Angebote innerhalb des palliativen Versorgungskonzepts. Wie sich die stationäre Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus gegenwärtig in Deutschland darstellt, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

## 13.2 Die Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen

Mit der Einführung des G-DRG-Systems wurde im Januar 2003 die Finanzierung der Krankenhausleistungen von einer tagesbezogenen Vergütung auf eine pauschalierende, diagnoseorientierte Vergütung umgestellt. Ausgenommen davon sind Leistungen, die in Einrichtungen erbracht werden, die in § 1 Absatz 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannt sind. Zur Sicherung von Bereichen, die durch die G-DRG-Vergütung noch kein adäquates Entgelt erhalten, wurde über die Definition von „besonderen Einrichtungen“ die Möglichkeit geschaffen, diese (vorübergehend) aus der DRG-Vergütung herauszunehmen und ihnen individuelle Entgeltverhandlungen zu ermöglichen. Derzeit werden u. a. auch Palliativstationen als besondere Einrichtungen anerkannt, sofern sie als abgeschlossene Bereiche innerhalb eines Krankenhauses konzipiert sind. Diese Möglichkeit der Finanzierung wird von ca. 30 % der deutschen Palliativstationen genutzt.

Das G-DRG-System hat als lernendes System das Ziel, durch die kontinuierliche Anpassung seiner Komponenten eine zunehmend homogenere und leistungsgerechtere Vergütung zu schaffen. Dazu werden u. a. das Definitionshandbuch mit den Splitting-Tabellen, das Schweregrad-System, die Kodierrichtlinien und die Bewertung der DRGs (Relativgewichte) vom InEK anhand der Leistungsdaten aller Krankenhäuser (§ 21) und der Kostendaten der Kalkulationshäuser jährlich überprüft und im Sinne der Varianzreduktion angepasst. Zur Verbesserung der Abbildungsqualität der medizinischen Leistungen wird auch der OPS-Katalog in jährlichen Intervallen überarbeitet. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und andere Akteure des Gesundheitswesens sind dabei aufgefordert, ihren Sachverstand durch entsprechende Eingaben einzubringen.

### 13.2.1 Spezifische Versorgungsaspekte bei Palliativpatienten

Die Abbildung der Behandlung von Palliativpatienten im G-DRG-System wurde schon bei dessen Einführung als besonders schwierig erachtet. Die Gründe hierfür sind vor allem die Inhomogenität der Patientengruppe, die längere Verweildauer im Vergleich zu Patienten mit gleicher DRG aus Akutabteilungen und die besonders hohen PCCL-Grade (DRG Research Group 2002; Roeder et al. 2002). Diese Einschätzung hat sich, wie in den Auftragsgutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft zuletzt 2006 dargestellt, bisher nicht prinzipiell geändert (Roeder 2005; Roeder 2006).

Die Möglichkeiten und Grenzen des G-DRG-Systems lassen sich in diesem Zusammenhang besser verstehen, wenn man die Probleme der Palliativpatienten und ihrer Angehörigen differenziert betrachtet. Diese Probleme sind u. a. schwere körperliche Beschwerden wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit/Erbrechen, ulzerierte stark riechende Wunden und fast immer eine allgemeine Schwäche und Abgeschlagenheit, die sowohl die Aktivitäten des täglichen Lebens als auch das Denken mühsam und langsam machen. Dazu kommen psychosoziale Probleme wie die körperliche und psychische Überforderung der An- oder Zugehörigen sowie in vielen Fällen fehlende oder unzureichende Pflegeeinstufungen, Hilfsmittel und qualifi-



zierte Ansprechpartner außerhalb der üblichen Dienstzeiten. Außerdem führt nur selten ein einzelnes Symptom bzw. Problem zur stationären Aufnahme, sondern in der Regel sind es mehrere komplexe Probleme gleichzeitig, die eine ambulante Begleitung unmöglich machen – nicht zuletzt aufgrund der bisher noch nicht implementierten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (Schindler 2006).

### 13.2.2 Der Faktor Zeit in der Palliativversorgung

Zur sachgerechten Behandlung dieser komplexen Krankheitsbilder ist neben einem fundierten Spezialwissen die Verfügbarkeit von Zeit als therapeutisches Instrument erforderlich. Der therapeutische Einsatz von „Zeit“ als elementares Instrument der Palliativmedizin und Palliativpflege ist im derzeitigen Vergütungssystem aber nicht adäquat abgebildet.

Zeit wirkt in verschiedenen Zusammenhängen therapeutisch:

- um mit Betroffenen Strategieentscheidungen reifen zu lassen
- um den Übergang von krankheitsmodifizierenden Maßnahmen zu unterstützenden und lindernden Maßnahmen zulassen und annehmen zu können
- um Impulse zur Sinnstiftung in sich schnell verändernden Lebensbezügen zu geben
- um Angehörige in ihrer eigenen Verletztheit und mit ihren eigenen Ressourcen in das Geschehen und Erleben einzubinden.

Die G-DRG-Systematik sieht keinen Platz für den therapeutischen Einsatz von Zeit in diesem Sinne vor. Für die prozess- und nicht primär ergebnisorientierte Palliativversorgung bedeutet dies, dass erhebliche Probleme in der Umsetzung die zwangsläufige Folge sind. Bei Entlassungen nach Hause ist z. B. nicht allein die schnellstmögliche Entlassung nach Abarbeitung und Lösung der medizinischen oder organisatorischen Probleme als Erfolgsparameter heranzuziehen, sondern auch das wesentlich schwerer zu fassende Vertrauen der Betroffenen selbst und ihrer Angehörigen darin, einen guten und verlässlichen Weg im Umgang mit den zu erwartenden nachfolgenden krankheitsassoziierten Veränderungen im medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Kontext gefunden zu haben.

Vertrauen zu vermitteln ist dabei der Prozess, der exemplarisch ein weiteres Behandlungsziel bei Palliativpatienten darstellt, das nicht in der DRG-Systematik erfassbar ist. Genau dieser Prozess ist für die Nachhaltigkeit der Behandlung und damit für eine gute Kosten-Nutzen-Relation aber unabdingbar. Belegt wird diese generelle Einschätzung der fehlenden Abbildbarkeit prozessorientierten Handelns in der Praxis dadurch, dass die Verweildauer bei formal vergleichbaren Ausgangsdiagnosen verschiedener Patienten sich in der Palliativversorgung wesentlich stärker unterscheidet als in funktionell ausgerichteten Bereichen. Patienten, die in die Kategorie von „Stundenfällen“ einzuordnen sind und für einen kurzen Zeitraum in großem Umfang Aufmerksamkeit auf sich ziehen, um das therapeutische Ziel der optimierten Symptomkontrolle zu erreichen, können formal dieselben Diagnosen aufweisen wie Patienten, die eine lange Verweildauer benötigen, um die Klärung einer weiterführenden Strategie und Perspektive für sich zu erreichen. Beides angemessen zu leisten ist Aufgabe einer spezialisierten stationären Palliativversorgung und kann nur durch ein hohes Maß an Flexibilität in inhaltlicher und struk-

tureller Hinsicht sichergestellt werden. Dieses muss ein sachgerechtes Finanzierungssystem berücksichtigen, es kann aber in der G-DRG-Pauschalierung derzeit noch nicht gelingen.

### 13.2.3 Ausdifferenzierung von Strukturen

Ein weiteres wesentliches Problem des G-DRG-Systems im Bereich der Palliativversorgung besteht darin, dass Strukturkriterien für personelle und räumliche Ausstattung sowie Minimal- und Maximalgrößen für spezialisierte Palliativstationen bisher nicht vorgegeben sind. Dabei sind die Vorhaltung von verschiedensten therapeutischen Angeboten sowie die Sicherstellung eines adäquaten Behandlungsrahmens über Raumstandards und Ablaufdefinitionen grundsätzliche Voraussetzungen für die Arbeit. Die Benennung derartiger Standards spielt eine geringere Rolle in etablierteren Bereichen der Medizin, in denen Standards als Selbstverständlichkeit akzeptiert sind (z. B. OP, Intensivstation, Bestrahlungseinheit), ist aber besonders wichtig für neue Bereiche, in denen sich die erforderlichen Standards noch nicht durchgesetzt haben, aber zur Qualitätssicherung notwendig sind.

Im G-DRG-System wird davon ausgegangen, dass eine prinzipielle Vergleichbarkeit dessen besteht, was zur qualitativ gesicherten Behandlung eines Falles nötig ist. Diese Vergleichbarkeit wird dabei vor allem aus den diesem Fall zugeordneten Diagnosen und Prozeduren abgeleitet. Palliativmedizin-spezifische Diagnosen und Symptome sowie Prozesse sind in den bestehenden Klassifikationssystemen aktuell nicht enthalten. Aus den bislang kodierten Diagnosen und Symptomen kann daher nicht hervorgehen, inwieweit die Verweildauer in einer Palliativeinrichtung tatsächlich angemessen ist. Eine differenzierende Modifikation des G-DRG-Systems durch die Einführung zusätzlich diskriminierender Parameter ist prinzipiell denkbar, aber bislang weder empirisch versucht worden, noch stehen in Deutschland verlässliche Daten zur Verfügung, die aus den bisher bestehenden Hinweisen auf Ursachen der Merkmalsstreuung innerhalb der Gruppe der Palliativpatienten ein tragfähiges Konstrukt für eine derartige Modifikation ableiten lassen.

Mit der Einführung der OPS 8–982 „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ wurde ein einfacher Ausweg aus dieser Situation versucht, indem palliativmedizinische Patienten identifizierbar gemacht wurden, um damit eine leistungsgerechtere Vergütung zu ermöglichen. 2007 ist der Schlüssel aufgrund der vom InEK kalkulierten gut drei Tage längeren Verweildauer dieser Patienten erstmals mit einem Zusatzentgelt (ZE 60) von ca. 1 100 € bewertet. Allerdings reicht diese OPS-Definition nicht aus, um trennscharf zwischen den verschiedenen Ebenen palliativer Betreuungsangebote zu unterscheiden: So lässt die Kodierung „palliativmedizinische Komplexbehandlung“ keine Rückschlüsse darauf zu, ob diese Leistung von einer spezialisierten Palliativstation oder als zusätzliches therapeutisches Angebot in einer anderen (nicht palliativmedizinisch und -pflegerisch spezialisierten) Fachabteilung erbracht wurde oder ob eine kontinuierliche Mitbehandlung durch einen multiprofessionellen palliativmedizinischen Konsiliardienst erfolgte. Dies hat zur Folge, dass die höhere Vorhaltung entsprechender Leistungsangebote einer spezialisierten Palliativabteilung oder eines multiprofessionellen palliativmedizinischen Konsiliardienstes systematisch unterbewertet wird.

Unter diesen Voraussetzungen ist eine Kostenkalkulation spezialisierter stationärer Palliativversorgung aus den InEK-Daten daher hochproblematisch, denn die Voraussetzungen zur Kodierung der OPS 8–982 stellen nur den kleineren Teil der Voraussetzungen einer spezialisierten palliativmedizinischen und -pflegerischen Behandlung dar. Die InEK-Ergebnisse mischen also zwangsläufig die Leistungen und Kosten der spezialisierten Behandlung einer Palliativstation mit den Leistungen und Kosten einer eingeschränkten palliativmedizinischen und -pflegerischen Behandlung auf anderen Stationen, wenn diese die OPS-Kriterien erfüllen. Eine adäquate Vergütung ist damit weder für die eine noch für die andere Art der Behandlung gegeben.

### 13.2.4 Ansätze aus Australien

Die Problematik einer sachgerechten Vergütung palliativmedizinischer Leistungen ist kein spezifisches Problem des G-DRG-Systems, sondern wird auch international diskutiert. So wurde für das australische Vergütungssystem bereits 1996 eine große Studie zur Entwicklung einer Palliative Care Casemix Classification durchgeführt (Eagar et al. 1997), aus der die „Australian National Sub-acute and Non-acute Patient (AN-SNAP)“ Klassifikation Version 1 für den Bereich Palliative Care entwickelt wurde. In dieser Klassifikation werden die Palliativpatienten nicht nach Diagnosen klassifiziert, sondern der Split erfolgt in einem ersten Schritt anhand von fünf Palliativ-Phasen (stabil, instabil, sich verschlechternd, terminal, hinterblieben) und in einem zweiten Schritt anhand der RUG-ADL Klassifikation (Resource Utilisation Groups – Activities of Daily Living) und ggf. noch des Alters (Eagar et al. 2004). Insgesamt werden damit für den stationären Bereich 11 Vergütungsklassen unterscheidbar.

Eine zweite Version der AN-SNAP-Klassifikation wird derzeit erarbeitet. Sie wurde für erforderlich gehalten, da es inzwischen einen höheren Anteil von Nicht-Tumor-Patienten gibt, da sich demographische Veränderungen ergeben haben und Kostenänderungen medikamentöser Therapien eingetreten sind (Green/Gordon 2007).

Diese v. a. problemorientierte AN-SNAP-Klassifikation ist für die Abbildung palliativmedizinischer Leistungen deutlich besser geeignet als die überwiegend diagnose- und prozedurenbezogene Einteilung des G-DRG-Systems. Die Übertragung auf deutsche Verhältnisse allein könnte die derzeitigen Finanzierungsprobleme spezialisierter Palliativeinheiten aber trotzdem nicht lösen, da auch mit der AN-SNAP-Klassifikation keine Unterscheidung verschiedener Behandlungslevel und keine Einbeziehung von Strukturkosten möglich ist.

### 13.2.5 Lösungsmöglichkeiten

Es ist eine der großen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems, eine medizinisch und menschlich angemessene Begleitung für schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre An- und Zugehörigen flächendeckend verfügbar zu machen. Palliativmedizin benötigt zwar wenige technische Hilfsmittel, sie wird aber wegen der notwendigen Personalressourcen üblicherweise als kostenintensiv eingeschätzt. Demgegenüber deuten internationale Studien aber darauf hin, dass ent-

sprechend spezialisierte Einheiten bei gleichzeitig verbesserter Versorgungsqualität zu einer Reduktion der Gesamt-Versorgungskosten in der letzten Lebensphase führen können (Davis et al. 2005; Smith et al. 2003).

Unter den bisherigen Vorgaben des G-DRG-Systems erscheint eine adäquate Finanzierung spezialisierter stationärer Palliativversorgung eher über die Anerkennung der spezialisierten Einheiten als besondere Einrichtung und eine individuell verhandelte Vergütung möglich. Spezialisierte Palliativstationen als abgeschlossene Einheiten eines Krankenhauses sollten deshalb bis auf Weiteres als besondere Einrichtung anerkannt werden. Anhand der Daten dieser Abteilungen wären dann – einen einheitlichen Standard vorausgesetzt – abgesicherte Kalkulationen einer sachgerechten Vergütung möglich.

Sobald das G-DRG-System die strukturellen Voraussetzungen spezialisierter stationärer Palliativversorgung aufnimmt und (anstelle einer überwiegend diagnose- und prozedurenbezogenen) eine problemorientierte Klassifizierung von Palliativpatienten ermöglicht, ist die angemessene Abbildung und Vergütung der stationären palliativmedizinischen Begleitung prinzipiell denkbar. Gleichzeitig muss dabei zwischen den verschiedenen Stufen dieser Behandlung differenziert werden, sodass neben den Palliativstationen auch eine adäquate Abbildung und Vergütung der „palliativmedizinischen Mitbehandlung“ durch multiprofessionelle palliativmedizinische Konsiliarteams umgesetzt wird. Eine entscheidende Herausforderung wird darin bestehen, den für die Palliativversorgung elementaren Behandlungsfaktor „Zeit“ hinreichend zu berücksichtigen.

Anders als die Palliativversorgung im Krankenhaus stellt die ambulante Versorgung von Palliativpatienten einen Schwerpunkt der jüngsten gesundheitspolitischen Aktivitäten dar; die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aktuell in diesem Zusammenhang getroffenen Maßnahmen und ihre Auswirkungen werden im abschließenden Kapitel diskutiert.

### 13.3 Palliativversorgung im Fokus der Gesundheitspolitik: Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Mit der aktuellen Gesundheitsreform wurde in § 37b SGB V ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung verankert. Der Anspruch bezieht sich auf „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen“. Eingeschlossen sind sowohl ärztliche als auch pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination.

Diese gesetzlichen Neuerungen sind mit beachtlicher Geschwindigkeit realisiert worden und haben eine erhebliche Tragweite<sup>1</sup>. Die Gründe hierfür sind vielfältig:

- Die dringende Notwendigkeit einer verbesserten Palliativversorgung ist über alle Akteure hinweg akzeptiert – von der Ärzteschaft über die Gesundheitspo-

<sup>1</sup> Der nachfolgende Abschnitt basiert teilweise auf Amelung et al. (2007).

litik bis hin zu den Vertretern der Krankenkassen. Seit langer Zeit wird aus den unterschiedlichsten Richtungen gefordert, die Versorgungsstrukturen zu verbessern.

- Die Ergebnisse bisheriger integrierter Versorgungskonzepte zur Palliativversorgung sind beeindruckend (z. B. das Brückenkonzept in Dresden, siehe Weatherly et al. 2007) und demonstrieren, dass sich mit überschaubaren Ressourcen sehr viel erreichen lässt. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Optimierung der Koordination und Kommunikation zwischen den Sektoren und Berufsgruppen der entscheidende Schlüssel zur Verbesserung der Patientenversorgung ist.
- Die Palliativversorgung ist eindeutig ein Bereich, in dem Wettbewerb unangezeigt ist und es vielmehr konkreter Planungsansätze für definierte Regionen bedarf. Die integrierte Versorgung nach § 140a–d SGB V ist zwar in der Regel ebenfalls regional orientiert, aber ein Wettbewerbsinstrument – und dies bedeutet immer, dass es je nach Mitgliedschaft in einer Krankenkasse Zugangsbeschränkungen gibt, was per se für den Bereich Palliativversorgung nicht zielführend ist.

Mit der Festlegung eines Leistungsanspruchs auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung in § 37b des fünften Sozialgesetzbuches ist der Gesetzgeber dabei sehr weit gegangen und die maßgeblichen Akteure werden den gesetzlichen Anspruch nicht ignorieren können. Insofern ist davon auszugehen, dass bereits in den nächsten Monaten wesentliche Weichenstellungen erfolgen werden.

### 13.3.1 Risiken durch die aktuelle Gesetzgebung

Bei der berechtigten Freude über die sehr positive Entwicklung darf nicht außer Acht gelassen werden, dass erhebliche Gefahren in der Fehlnutzung der neuen Möglichkeiten bestehen. Vier Aspekte gilt es zu berücksichtigen:

- Nachdem endlich Fahrt aufgekommen ist, besteht jetzt die Gefahr des Stillstandes, da insbesondere die Kassen erst einmal abwarten könnten, wie die Regelungen konkret aussehen werden. Aufgrund der sehr schwierigen Situation, in der sich die Krankenkassen befinden, könnte dies in dem ausgesprochen komplexen und emotional belastenden Themenfeld möglicherweise durchaus willkommen sein. Es darf nicht ignoriert werden, dass aus Sicht der Krankenkassen die Palliativversorgung ein „undankbares“ Versorgungsfeld ist respektive als ein solches wahrgenommen wird. Dabei gilt es immer wieder zu verdeutlichen, dass eine gute Palliativversorgung eine elementare Aufgabe des Gesundheits- und Sozialsystems ist und entgegen der häufig entgegengebrachten Argumentation nicht kostenintensiv ist (Jaspers/Schindler 2005; Davis et al. 2005; Schneider et al. 2005).
- Wenn erhebliche finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, entfachen sich erfahrungsgemäß immer Verteilungskämpfe und es gibt massive Begehrlichkeiten, die Ressourcen in die eine oder andere Richtung zu lenken. An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass der Gesetzgeber „Neues Geld für neue Leistungen“ einfordert.
- Durch zu schnelles Wachstum kann es zu Qualitätsverlusten kommen. Auch wenn in den letzten Jahren in erheblichem Maße Qualifizierungsmaßnahmen

sowohl auf ärztlicher als auch auf Pflegeseite stattgefunden haben, können adäquate Strukturen nicht kurzfristig flächendeckend implementiert werden. Gerade vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung von gut messbaren Qualitätskriterien entscheidend.

- Es besteht eine erhebliche Gefahr eines destruktiven Wettbewerbs und einer damit einhergehenden Zerstörung der bereits aufgebauten Strukturen. Mit destruktivem Wettbewerb ist hier nicht primär ein – in gewissem Umfang grundsätzlich zu begrüßender – Preiswettbewerb gemeint, sondern der Aufbau von unnötigen Parallelstrukturen, in die die bestehenden unterschiedlichen Strukturen nicht adäquat eingebunden werden und effiziente Mindestgrößen nicht erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund gilt es, einige grundsätzliche Fragen für die Palliativversorgung zu klären:

- Welche Anforderungen sind an die Spezifizierung der Zielgruppen zu stellen (Morbidität, Versorgungsbedarf, Krankheitsstadien u. a.)?
- Welche neuen Leistungen sollen berücksichtigt werden? (Der Gesetzgeber hebt explizit hervor, dass neben ärztlichen und pflegerischen Leistungen auch die Koordination berücksichtigt werden muss.)
- In welchem Rahmen sollen die Leistungen erbracht werden (Qualifikation der Mitarbeiter, Organisationsgrad und Qualitätsmanagement) und wie soll die Einbindung in die normale Regelversorgung (modulare Abstufung) organisiert sein?

Diese Fragen werden sich nicht im reinen Konsens beantworten lassen, da es schlicht um die Verteilung knapper Ressourcen geht und die unterschiedlichen Akteure aus ihren jeweiligen Perspektiven erhebliche Wachstumspotenziale und Bedrohungen sehen werden.

### 13.3.2 Strukturkomponenten einer zukunftsfähigen Palliativversorgung

Folgende Aspekte sind aus unserer Sicht besonders bedeutend, um die Palliativversorgung nachhaltig zu verbessern:

- Völlig unabhängig davon, ob man generell den so genannten Kassenwettbewerb befürwortet, plädieren wir für einheitliche, kassenübergreifende Lösungen. Hier können auch die Kassenärztlichen Vereinigungen eine wichtige und konstruktive Rolle übernehmen, den Prozess zu steuern.
- Es müssen generische Konzepte für die wichtigsten Versorgungskonstellationen (z. B. Agglomeration, Regelversorgung und unterversorgte Gebiete) definiert werden. Es geht dabei aber nur um die wesentlichen Eckpunkte, die in der jeweiligen lokalen Konstellation (gewachsene Strukturen, regionale Spezifika) angepasst werden müssen.
- Im Sinne des vom Gesetzgeber auch angedachten „competitive bidding“ sollte nicht grundsätzlich festgelegt werden, welcher Leistungsanbieter den jeweiligen Leistungsauftrag federführend erfüllt. An dem einen Standort mag es ein Krankenhaus sein, an einem anderen ein Hospiz oder eine Schwerpunktpraxis oder ein Medizinisches Versorgungszentrum oder auch ein anderer Akteur.

Auch wenn die Chancen verlockend sind, sollte Qualität vor Geschwindigkeit gehen. Fehlende adäquate personelle Ressourcen führen in vielen Regionen dazu, dass ein schnelles Umsetzen nicht möglich ist. Gerade vor diesem Hintergrund sollte besser modular in kleinen Schritten vorgegangen werden und vor allem sichergestellt werden, dass jetzt ungeeignete Strukturen nicht aus Zeitdruck zementiert werden.

## 13.4 Literatur

- Addington-Hall J, Fakhoury W, McCarthy M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. *Palliative Medicine* 1998; 12: 417–27.
- Ahlner-Elmqvist M, Jordhoy MS, Jannert M, Fayers P, Kaasa S. Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliative Medicine* 2004; 18: 585–93.
- Amelung VE, Buser K, Schneider N. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Die Palliativversorgung – der große Gewinner. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2007; 8: 3.
- Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *Journal of Palliative Medicine* 2003; 6: 714–24.
- Davis MP, Walsh D, LeGrand SB, Lagman RL, Harrison B, Rybicki L. The financial benefits of acute inpatient palliative medicine: an inter-institutional comparative analysis by all patient refined-diagnosis related group and case mix index. *The Journal of Supportive Oncology* 2005; 3: 313–6.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Definitionen (Stand: 31. Oktober 2003). Online verfügbar: <http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%2031031%20DGP-Definitionen.pdf>
- Diemer W, Meiering J, Burchert H. Palliative-Care-Teams vernetzen die palliativmedizinische Versorgung. In: Aulbert E, Klaschik E, Schindler T (Hrsg). *Palliativmedizin im ambulanten Sektor*. Stuttgart, New York: Schattauer 2004; 80–95.
- DRG Research Group, Universitätsklinikum Münster. Analyse der Abbildung palliativmedizinisch behandelter Fälle im australischen AR DR System, Version 4.1. Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Münster 2002. Online verfügbar: [http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/dr\\_ag\\_drg%20\\_gutachten.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/dr_ag_drg%20_gutachten.pdf)
- Eagar K. The Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient Classification (AN-SNAP): report of the National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Classification Study. Wollongong: Centre for Health Service Development, University of Wollongong 1997.
- Eagar K, Green J, Gordon R. An Australian casemix classification for palliative care: technical development and results. *Palliative Medicine* 2004; 18: 217–26.
- Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages. Zwischenbericht: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Berlin 2005 (Drucksache 15/5858).
- Ewers M, Schaeffer D. Palliativ-pflegerisch tätige Hausbetreuungsdienste in NRW. Ergebnisse der Begleitforschung. Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld 2003.
- Ewers M, Schaeffer D. Dying in Germany - consequences of societal changes for palliative care and the health care system. *Journal of Public Health* 2007; online first: Springer-Verlag, DOI 10.1007/s10389-007-0099-z.
- Fitzsimons D, Mullan D, Wilson JS et al. The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative Medicine* 2007; 21: 313–22.
- Green J, Gordon R. The development of Version 2 of the AN-SNAP casemix classification system. *Australian Health Review* 2007; 31: 68–78.
- Hearn J, Higginson I. Do specialist palliative care teams improve outcome for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative Medicine* 1998; 12: 317–22.

- Jaspers B, Schindler T. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Gutachten im Auftrag der Bundestags-Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin". Berlin 2005 (Kom.-Drs. 15/226).
- Müller-Busch H, Andres I, Jehser T. Wie viele Palliativstationen und Hospize brauchen wir in Deutschland? Zeitschrift für Palliativmedizin 2001; 2: 16–9.
- Radbruch L, Nauck F, Aulbert E. Grundlagen der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg). Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer 2007; 1–14.
- Roeder N, Klaschik E, Cremer M, Lindena G, Juhra C. DRGs in der Palliativmedizin: Ist die palliativmedizinische Begleitung Schwerstkranker pauschalierbar? Das Krankenhaus 2002; 12: 1000–4.
- Roeder N. Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen 2006. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster 2005: DRG-Research Group.
- Roeder N. Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen 2007. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster 2006: DRG-Research Group.
- Schaeffer D, Günnewig J, Ewers M. Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld 2003.
- Schindler T. Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2006; 49: 1077–86.
- Schneider N, Amelung VE, Buser K. Neue Wege in der Palliativversorgung. Analyse der gegenwärtigen Situation und Optimierungskonzepte am Beispiel des Landes Brandenburg. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2005.
- Schneider N. Health care in seniority: crucial questions and challenges from the perspective of health services research. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006; 39: 331–5.
- Schneider N, Dreier M, Amelung VE, Buser K. Analysen der Krankenhausaufenthalte von verstorbenen Krebspatienten unter regionalspezifischen Gesichtspunkten. Zeitschrift für Palliativmedizin 2006; 7: 25–30.
- Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager MA. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. Journal of Palliative Medicine 2003; 6: 699–705.
- Wagner G, Abholz HH. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu dem Modellprojekt: „Palliativmedizinischer Konsiliardienst in NRW“. Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf 2003.
- Weatherly JN, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägél R, Amelung VE. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2007.
- Wilmsen-Neumann J, Sandgathe-Husebo B, Husebo S. Palliativmedizin auch für die sterbenden Alten. Der Klinikarzt 2002; 31: 257–61.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Zugriff: 25.04.2007].