

**„Ärztliche Therapiefreiheit in der onkologischen
Therapie, quo vadis?“**

Onkologischer Fortschritt mit Fallpauschalen, quo vadis?

Auswirkungen auf Station, Abteilung und Klinik.

**G. Emons, M. Lux, T.Schwenzer ,
M.W. Beckmann**

Fallpauschalen

- Für die Behandlung einer typischen Erkrankung wird ein fester Betrag bezahlt.
- Die Höhe richtet sich nach dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand.
- Es entfällt der Anreiz, Patientinnen möglichst aufwändig zu untersuchen und zu therapieren.
- Kritik: Gefahr Notwendiges zu unterlassen!

Weiterentwicklung des DRG-Systems

- Jährliche Weiterentwicklung auf Basis von Krankenhaus-Ist-Daten
- Krankenhäuser können auf freiwilliger Basis dem DRG-Institut (InEK) Ganzjahresdaten ihrer teil- und vollstationären Fälle zur Verfügung stellen:
 - hohe Anforderung an Kalkulation,
 - Methodik im Kalkulationshandbuch definiert.

Kalkulationsbasis DRG-System: Ist-Kostendaten deutscher Krankenhäuser

Kalkulationsbasis Krankenhäuser

➤ Krankenhäuser mit Zusage	263
- Ausschluss aufgrund Plausibilitätsprüfungen	24*
- Ausschluss aufgrund 20%-Regel	14
➤ Verbleiben in der Kalkulationsstichprobe	225
- davon Universitätskliniken	10
* Davon im Konsens mit Krankenhaus	11
Zum Vergleich: Kalkulationsstichprobe 2005	214

Heimig, InEK, 3M Health Care Forum, 2006

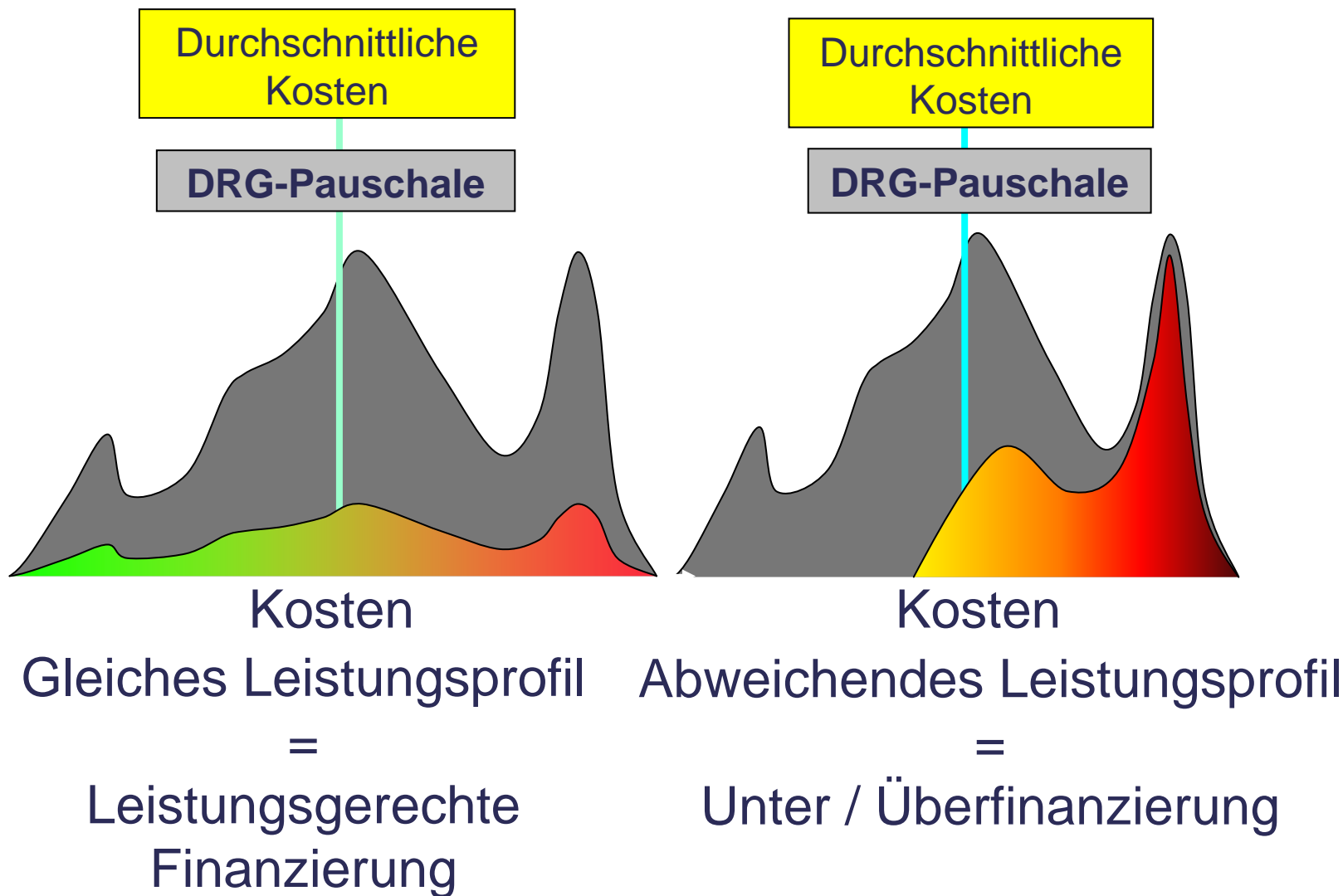
Kalkulationsbasis für das System 2007

Falldaten

© AGO e.V.
 in der DGGG e.V.
 sowie
 in der DKG e.V.

Fallzahl (Kosten- und Leistungsdaten)				
	Rohdaten	Vergleich zum Vorjahr	Nach Abschluss Plausibili- sierungen	Vergleich zum Vorjahr
Gesamt	4.239.365	+20%	2.863.115	+0,4%
Hauptabteilung	3.624.721	+16%	2.427.963	-6%
Belegabteilung	88.978	+86%	60.426	+90%
Teilstationär	525.666	+43%	374.726	+50%

Spezialisierung - Kostenstruktur



Fallpauschalen und zertifizierte Zentren

Zentren und Zertifizierung

die ultimative Waffe!
...aber unterfinanziert!



Gesetzlicher Anspruch der Erkrankten

SGB V Paragraph 135a:

Die Leistungserbringer sind zur Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität (Festlegung in Leitlinien) erbracht werden. Zugelassene Krankenhäuser (...) sind verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement (Externe Überprüfung: Zertifizierung) einzuführen und weiterzuentwickeln.

Zentren und Zertifizierung

Arten von Zentren

Zentren mit Zertifizierung bzw. QM-System

QM-Systeme:	DIN EN ISO-Norm 9001:2000	Struktur
	KTQNorm	Struktur
Fachgesellschaften:	DKG	CA-Zentren
	DKH	CA-Großzentren
	ADT	Tumorzentren
	DKG, DGS	MCa
	EUSOMA	MCa
	EBCOG, ESGO	GenitalCa, (MCa)
	DGGG	Säulen
	Landesärztekammer	FA, SP, ZW
	KV	MG-Screening
Krankenkassen:	DMP	MCa
	(DMP	OvCa)
Gesetzgeber:	Landesregierung (NRW, BY)	(DMP-)Zentren
	Universitäten	CC; CCC

Grundlagen für Zentren – ein QM-System

- Grundlage nahezu aller Zertifizierungen ist das Vorliegen eines eingeführten QM-Systems.
- Hierzu stehen verschiedene Systeme zur Verfügung.
- Die häufigsten Systeme sind*
 - 86% ISO (International Organization for Standardization – Normenfamilie DIN EN ISO 9001),
 - 30% QEP,
 - 28% EFQM (European Foundation for Quality Management),
 - 27% KTQ,
 - 15% EPA (European Practice Assessment),
 - 8% Stiftung Praxissiegel.

*Merten und Gerst, 2007

Grundlagen für Zentren – ein QM-System

- Grundlage nahezu aller Zertifizierungen ist das Vorliegen eines eingeführten QM-Systems.

- H

- D

**Problem
Kosten**

dization –

- 27% KTQ,
- 15% EPA (European Practice Assessment),
- 8% Stiftung Praxissiegel.

*Merten und Gerst, 2007

Finanzierbarkeit von Zentren

Ist ein Brustzentrum finanzierbar? – Ein Kalkulationsmodell für das Universitäts- Brustzentrum Franken (UBF)

Can We Afford a Breast Center? –
A Calculation Model for the University Breast Center Franconia (UBF)

Autoren

S. Wagner³, T. Ganslandt⁴, C. M. Keiling^{1,2}, D. Jap⁵, P. A. Fasching^{1,2}, M. P. Lux^{1,2}, M. W. Beckmann^{1,2}

- Berechnung Kosten- und Erlösstruktur anhand des Universitäts-Brustzentrums Franken
- Betrachtung des Zentrums als isolierte Einheit

Das Kalkulationsmodell des Universitäts-Brustzentrums Franken

© AGO e.V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

stationäre Fallcluster: DRGs	teilstationäre Fallcluster: Besuch	ambulante Fallcluster: OP, Besuch
durchschnittlicher Erlös je DRG	durchschnittlicher Erlös je Besuch	durchschnittlicher Erlös je Fall bzw. OP
=	=	=
durchschnittliche variable Kosten je DRG	durchschnittliche variable Kosten je Besuch	durchschnittliche variable Kosten je Fall bzw. OP
=	=	=
Deckungsbeitrag I je DRG	Deckungsbeitrag I je Besuch	Deckungsbeitrag I je Fall bzw. OP
×	×	×
Fallzahl 2005	Besuche 2005	Fälle bzw. OPs 2005
Deckungsbeitrag I je stationärem Cluster 2005	Deckungsbeitrag I je teilstationärem Cluster 2005	Deckungsbeitrag I je ambulanten Cluster 2005
Gesamtdeckungsbeitrag I 2005		
-		
Fixkosten des UBF		
Gesamtdeckungsbeitrag II 2005		
-		
vom UBF zu tragender Anteil der Klinikumsgemeinkosten		
Gesamtergebnis		

Finanzierbarkeit von Zentren – Ergebnisse

- Nach dem schrittweise Abzug aller relevanten Kosten und unter Berücksichtigung der Einnahmen für die einzelnen Entgeltbereiche absoluter Verlust von 760.000 € für das Brustzentrum im Jahr 2005.
- Für die Deckung der realen Kosten und damit die Versorgung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom Mehrerlös von 1.288 € pro Fall kalkuliert für das Jahr 2006 erforderlich.

Finanzierbarkeit von Zentren – Validität der Ergebnisse

- Validität der Daten bestätigt durch Köckemann et al. (2007)
 - Berechnung der Brustzentren in Nordrhein-Westfalen für die Entgeltverhandlungen
 - Summe von 1.646 € pro Patientin mit der Erstdiagnose eines Mammakarzinoms zusätzlich erforderlich
- Köckemann und Lillteicher (2007)
 - Mehraufwand von 8.229.788 € für die Brustzentren in Westfalen-Lippe im Jahr 2006

Finanzierbarkeit von Zentren - Ergebnisse

- nicht eingeschlossen wurden Kosten für
 - (Re-)Zertifizierung,
 - Forschung (molekulare und klinische Studien),
 - Koordination des Zentrums,
 - Mehrfachdokumentationen (BQS, Krebsregister, DMP, MammaSoft),
 - Personalkosten, z.B. Qualitätsmanagement, Study Nurses, Psychoonkoonologie,
 - Durchführung interdisziplinärer Tumorkonferenzen und Vorhaltung der Infrastrukturen interdisziplinärer Partner,
 - Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung,
 - Unterstützung für Betroffene und ihrer Familien.

Lösungen des Finanzierungsproblems?

- gesetzliche Grundlage für die Finanzierung der Mehrkosten nach § 5 Absatz 2 des KHEntgG
- Anspruch auf ein Zuschlag bei Vorliegen Zentrum oder Schwerpunkt
- alle Zentren und Schwerpunkte mit besonderen Aufgaben (Tumorzentren, geriatrische Zentren)
- Forderung des Vergütungsanspruches nach § 5 des KHEntgG
- Verhandlungen im Jahr 2005 begonnen und 2006 fortgesetzt
- Konsens weit entfernt

Köckemann und Lillteicher, 2007

Lösungen des Finanzierungsproblems?

- Schiedsstelle Westfalen:
 - Verneinung des Zentrumsbegriffes
- Schiedsstelle Nordrhein:
 - Anerkennung Brustzentrum als Zentrum gemäß der Gesetzesgrundlage
 - Definition der folgenden besonderen Leistungen:
 - interdisziplinäre Tumorkonferenz,
 - psychoonkologische Versorgung,
 - Brustsprechstunde,
 - und die psychosoziale Betreuung bzw. Kooperation mit den Selbsthilfegruppen.
- Jedoch scharfe rechtliche Trennung der Sektoren im Gesundheitswesen
 - letztgenannten Leistungen nicht stationär, sondern ambulant
 - folgend § 5 Absatz 3 des KHEntgG nicht anwendbar

Köckemann und Lillteicher, 2007

Lösungen des Finanzierungsproblems?

- Diese in den Schiedsstellen Westfalen und Nordrhein übereinstimmende Bewertung offenbart erneut die Insuffizienz der aktuellen Finanzierungsoptionen.
- Es wurde ein Zuschlag von ca. 500 € festgesetzt, der ausschließlich die Brustzentrums-DRGs berücksichtigt.
- Folgend sind die Bezirksregierungen gefordert, über die Anerkennung oder Ablehnung als Zentrum im Sinne des 5 Absatz 3 KHEntgG zu entscheiden.
- Selbst abweichende Entscheidungen sind möglich, aber wenig realistisch.

Köckemann und Lillteicher, 2007

weitere Probleme der Fallpauschalen in der gynäkologischen Onkologie

- durch innovative Therapiekonzepte, z.B. neoadjuvante Therapie, Sentinel-Node-Biopsien, Reduktion der Zahl der Großeingriffe und der damit verbundenen Erlöse bei gleich bleibend hohen Vorhaltekosten
- Abschreibungen durch Fehlbelegungen
- Verlagerung stationär nach ambulant
- Verkürzungen der stationären VWD (sek. Fehlbelegung)
- Kodierungsprobleme durch ungenaue Kodierrichtlinien (z.B. HD nach Chemo)
- Prä-OP Tag generell nicht akzeptiert
- Stationäre Chemotherapien

weitere Probleme der Fallpauschalen in der gynäkologischen Onkologie

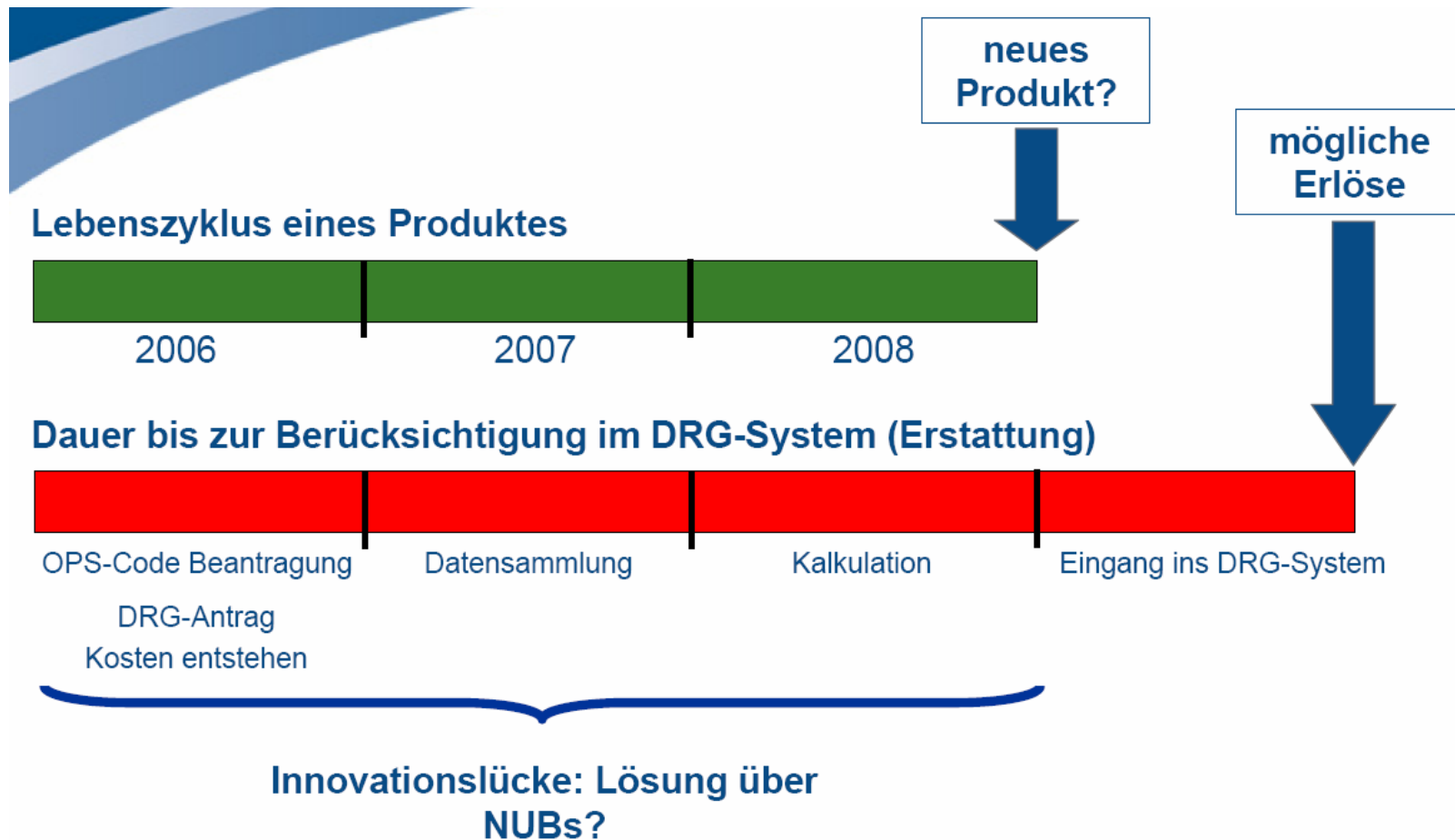
- Fehlen der ambulanten Ermächtigungen in zahlreichen Krankenhäusern
- fehlende Abbildung neuer Diagnostik- und Therapieverfahren im Fallpauschalensystem, langsamer Transfer, medizinischer Fortschritt schneller als das Vergütungssystem

Zudem: Verschärfung des Kostendrucks durch

- Verlängerung der Anschubfinanzierung der IV-Verträge aus den Krankenhausbudget (1% des Budgets)
- Mehrwertsteuererhöhung 2007
- Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die Krankenkassen
- Absenkung des Mindererlösausgleiches von 40% auf 20%
- Investitionsstau von ca. 30 Mrd. €
- Budgetverluste durch Streiks
- Steigerung der Personalkosten durch Tarifverhandlungen

Ist das Fallpauschalensystem innovationsfreudig?

Transfer onkologischer Innovationen in das Fallpauschalensystem



NUB-Zulassungen 2007

nach § 6 Absatz 2 KHEntG

- zum 1. Februar 2007 wurden die NUB-Ergebnisse von InEK bekannt gegeben.
- Insgesamt 5.064 Anfragen von 575 Krankenhäusern.
- 618 unterschiedliche Methoden und Leistungen
- Ergebnisse Krankenhäuser:
 - Status 1 (=kann verhandelt werden):
2.312 Anträge
 - Status 2 (=nicht zu verhandeln):
2.340 Anträge
 - Status 3 (=keine vollständige Bearbeitung):
0 Anträge
 - Status 4 (eingereichte Daten nicht nachvollziehbar): 332 Anträge

Anzahl der Krankenhäuser und Zahl der gestellten Anträge

Anzahl der Krankenhäuser	Anzahl der Anträge
3	>100
10	51-100
130	11-50
150	2-10
187	1

Schwächen des NUB-Verfahrens nach § 6 Absatz 2 des KHEntG

- Ausschließlich das Krankenhaus, das den Antrag gestellt hat, darf NUBs mit Status 1 mit den Krankenkassen vereinbaren. Daher ist die Anzahl der Anträge für NUBs jedes Jahr sehr hoch.
- Die verhandelten NUBs gelten lediglich für das Kalenderjahr. Jedes Jahr muss ein neuer NUB Antrag gestellt werden (unabhängig vom Status des Vorjahres).
- Die NUBs werden in der Regel in den Budgetverfahren mit den Krankenkassen vereinbart. Da diese meist spät im Jahr erfolgen, gelten die NUB-Entgelte nur sehr kurz, da sie nicht rückwirkend erstattet werden.

Positives des NUB-Verfahrens nach § 6 Absatz 2 des KHEntG

- Für Status 1 NUBs besteht die Möglichkeit, im folgenden Jahr im DRG-Katalog, i.d.R. im Rahmen von Zusatzentgelten, abgebildet zu werden. So sind insgesamt 20 NUBs, die in 2006 Status 1 erhalten haben, durch Zusatzentgelte im DRG-Katalog 2007 abgebildet.

Lösungswege aus der Unterfinanzierung und Zukunftschancen

hohe Anforderungen an das Krankenhausmanagement

- Controlling
 - Ausbau des medizinischen Controllings
 - Aufbau des strategischen Controllings
 - Kostenträgerrechnungen
- Unternehmensstrategie
 - klare Visionen/ Leitbilder
 - Führen mit Zielen
- Personalmanagement
 - Personalcontrolling und -planung
 - Motivation/ neue Anreize
- Qualitätsmanagement
 - Struktur- Prozess- und Ergebnisoptimierung
 - effektives Fehler- und Beschwerdemanagement
- Entdeckung des Marketings
 - Umfeld- und Marktanalysen
 - Patientinnenbefragungen

weitere Chancen nach GMG (SGB V)

- § 140 a-d integrierte Versorgung
- § 137 f DMP
- § 95 Medizinische Versorgungszentren
- § 116 a ambulante Behandlung durch Krankenhaus
- § 116 b ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen im Krankenhaus
- § 37 b spezialisierte ambulante Palliativversorgung

DMP Brustkrebs

- Vorteile
 - strukturierte Behandlung (?)
 - Verzahnung ambulant-stationär
 - Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien
 - fachübergreifende Zusammenarbeit
 - Qualifizierungsmaßnahmen
 - Möglichkeit zu DMP gekoppelten Verträgen
- Kritik
 - Dominanz der Ökonomie über die Medizin
 - erhöhter Verwaltungsaufwand
 - erhöhter Dokumentationsaufwand
- Forderung: wenn DMP bedingt Mehrleistungen erbracht werden, müssen diese auch finanziert werden!

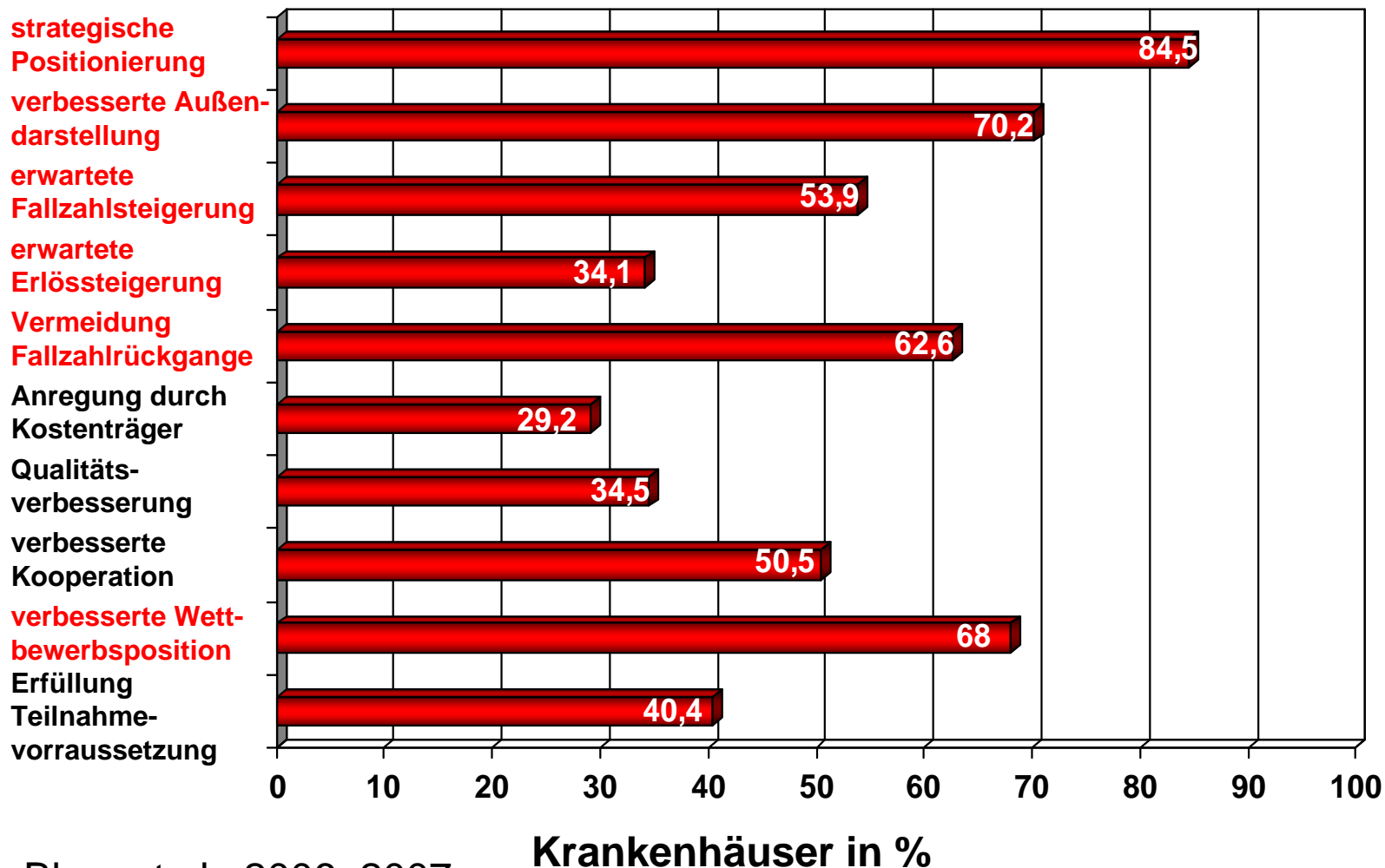
Studie zu Auswirkungen des DMP im KH

- Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)
- Auftraggeber: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Ziel:
 - Bestandsaufnahme zur Umsetzung der DMP Brustkrebs im Krankenhaus
- Fokus:
 - Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen, keine Qualitätsevaluation

Studie zu Auswirkungen des DMP im KH

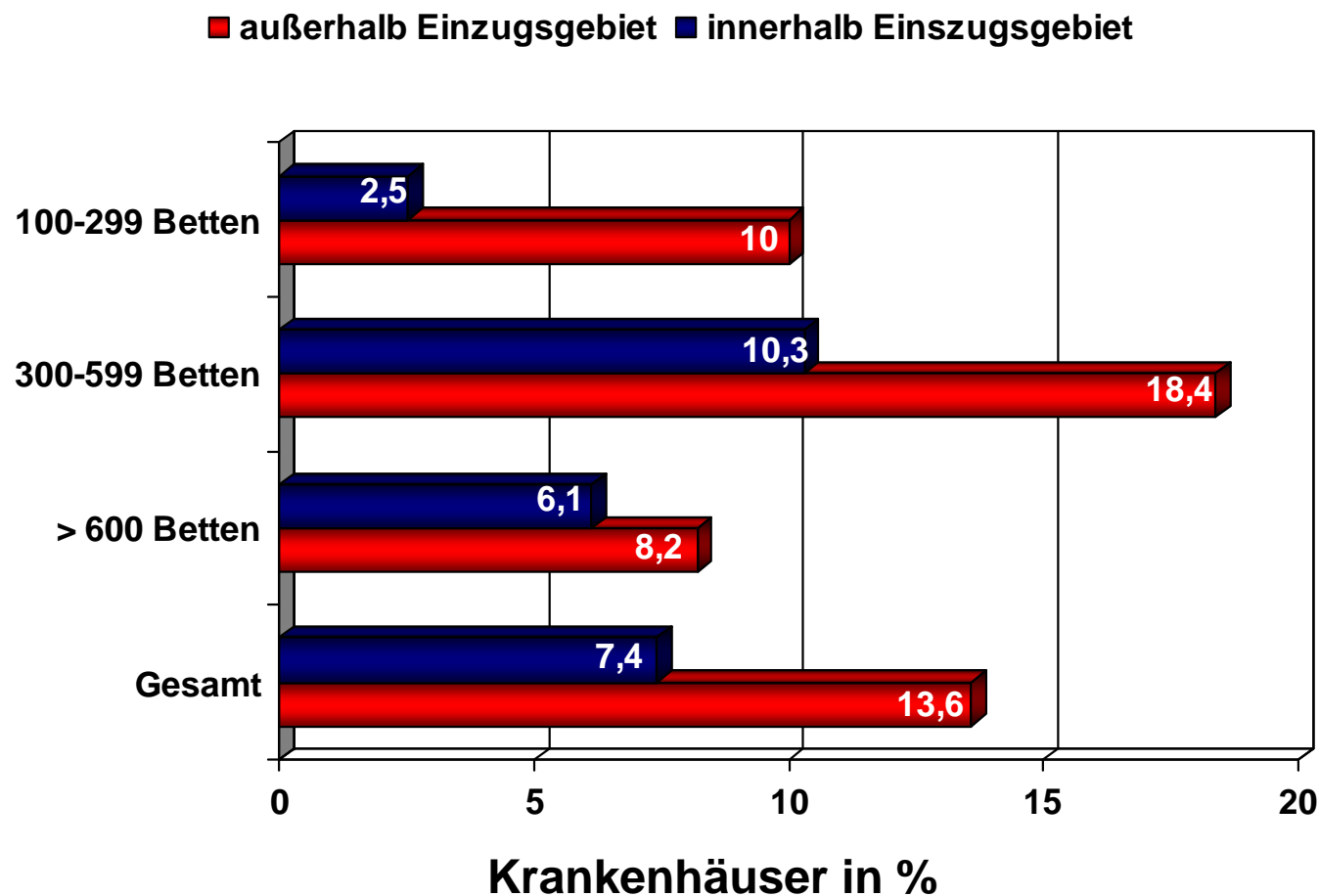
- Vollerhebung in DMP-Krankenhäusern
- Standardisierter Fragebogen
- Grundgesamtheit: 391 Krankenhäuser (Mitte 2005)
- Rücklauf: 176 Krankenhäuser (45%)
- Erhebungszeitraum: Herbst 2005
- Parallelerhebung: Nicht-DMP-Krankenhäuser

Motivationsgründe zur Teilnahme am DMP



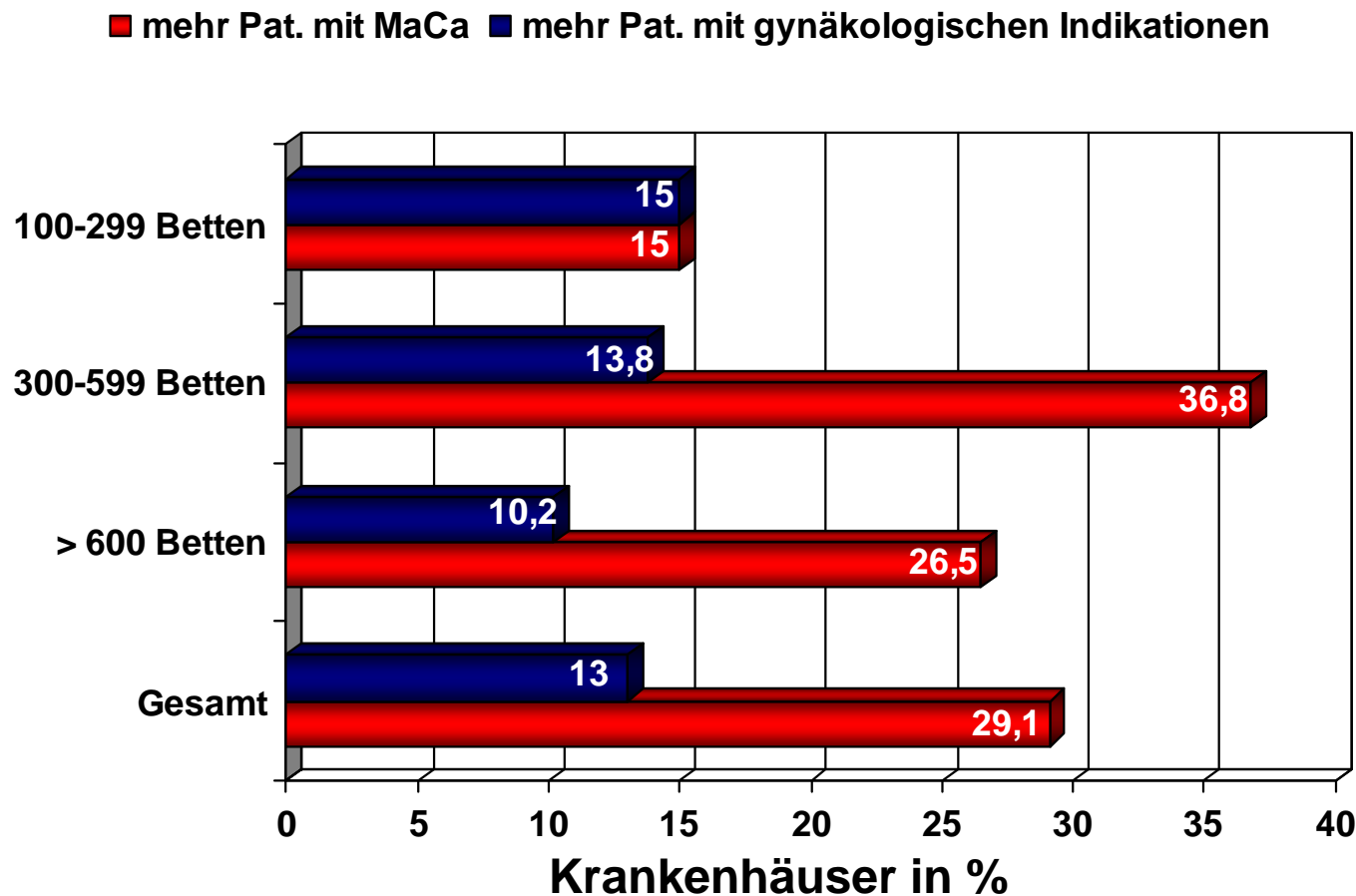
Blum et al., 2006, 2007

Zunahme der Einweiser durch die Teilnahme am DMP



Blum et al., 2006, 2007

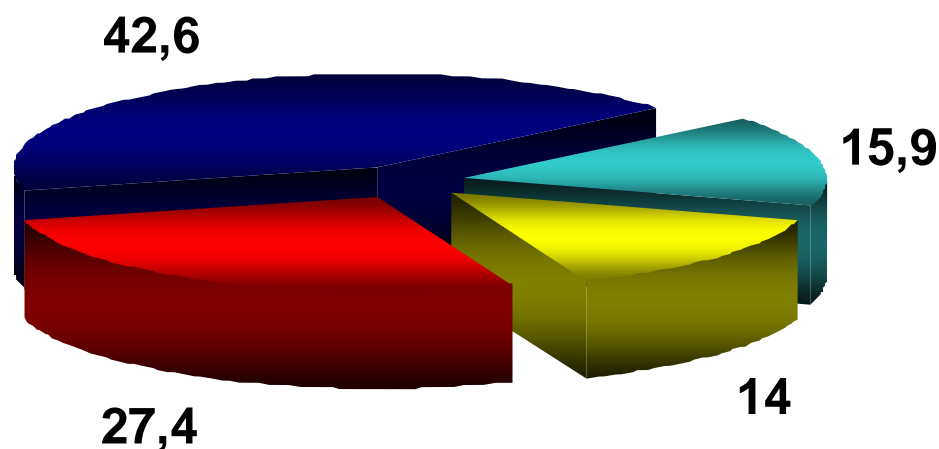
Fallzahlsteigerung durch die Teilnahme am DMP



Blum et al., 2006, 2007

Zufriedenheit durch Teilnahme am DMP/ Auswirkungen, ein DMP Zentrum zu sein

■ keine Angabe ■ eher ja ■ teils, teils ■ eher nein

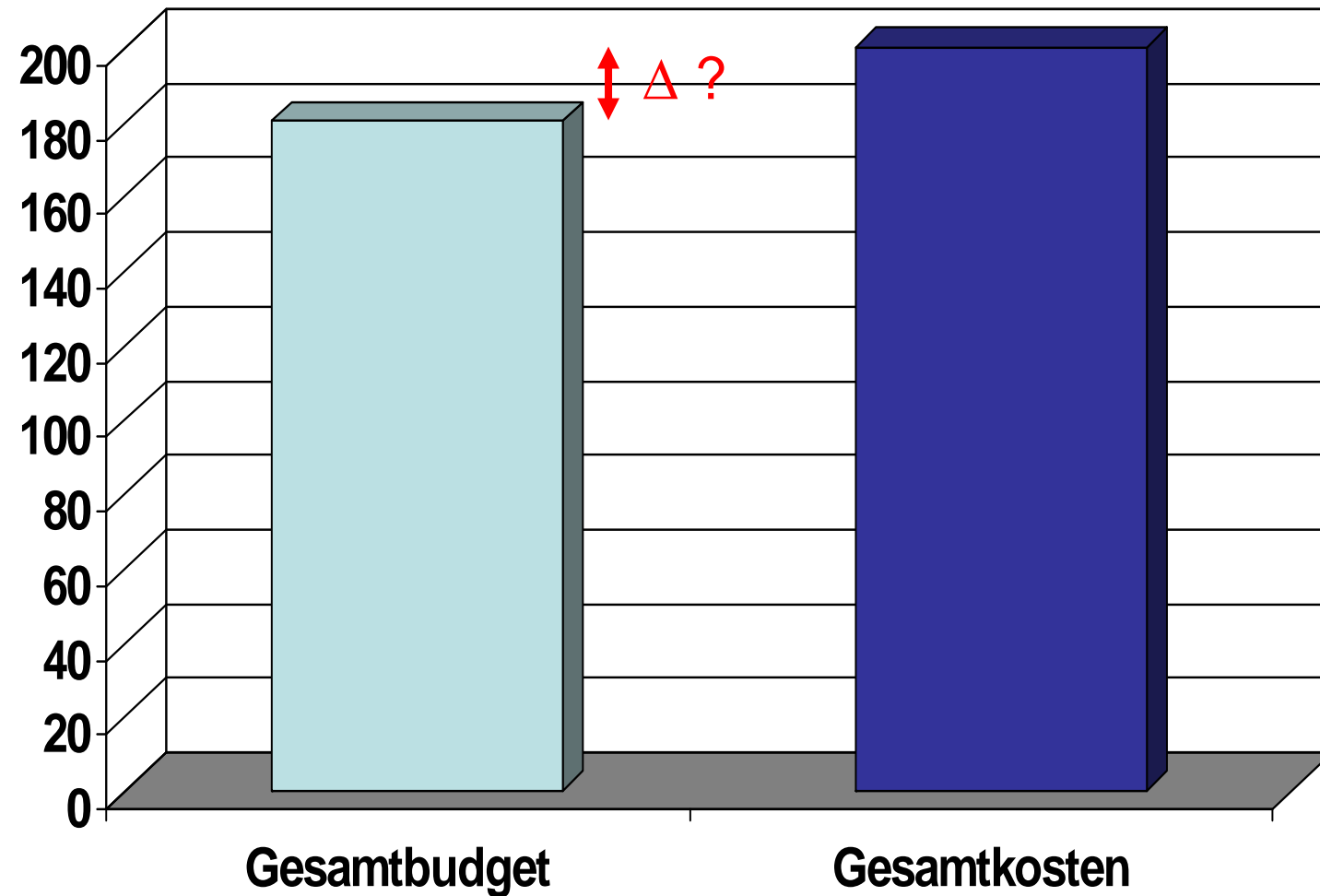


Krankenhäuser in %

Blum et al., 2006, 2007

- **Die Politik geht davon aus, dass noch Rationalisierungsreserven im System stecken, die gehoben werden sollen.**

Deckelung des Gesamtbudgets



Zusammenfassung und Ausblick



**Auch wenn eine Durststrecke
für die Krankenhäuser zu gehen ist,
sind Lösungen näher als es aussieht.**

Aufgrund der dargestellten Probleme im Fallpauschalensystem entstehen die folgenden Erfordernisse:

- Loslassen von „alten Strukturen“,
- Nutzung der Reserven im System durch effizientes Prozessmanagement,
- QM nicht nur als Bestandteil der Zertifizierung, sondern „leben“ zusammen mit dem Klinikmanagement,
- Steuerung durch ein effektives Krankenhauscontrolling,
- Aufdecken und Beseitigen von Kostentreibern,
- Schaffung eines ökonomischen Denkens bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
- Beschäftigung mit den Chancen und Risiken der gesetzlichen Veränderungen und individueller Verträge,
- Mitarbeit und Unterstützung der Fachgesellschaften für eine gerechtere Abbildung der Leistung,
- und Forderung einer qualitätsbasierten Vergütung.

Zusammenfassung und Ausblick

...dann lässt sich auch
ein Weg finden!

