

# Der pauschalisierte Krebspatient

## Versorgungsqualität quo vadis?



Peter Lütkes

Universitätsklinik Essen



# Warm - up

- Der pauschalisierte Krebspatient
  - Nutzen für Patienten / Ärzte / Krankenkassen
  - Fallpauschalen in Klinik (und Praxis)
  - Erfahrungen aus dem Klinikalltag
  - Vermeidung von DRG-Entwicklungsproblemen
    - Wo ist eine Mitarbeit / Gestaltungsmöglichkeit?
    - Sind Zusatzentgelte eine Lösung?
  
- Versorgungsqualität
  - Was ist Qualität für einen onkologischen Patienten?
  - Wie kommen Neuerungen ins System?
  
- Was kann man auf den ambulanten Sektor übertragen?

**Tab. 3.3: Gesundheitssystemranking der World Health Organization (WHO)**

Land	Plazierung (Rang)			
	Gesamtbewertung (Performance)	Gesundheitsergebnisse (50%)	Respekt und Kundenorientierung (25%)	Finanzierungsgerechtigkeit (25%)
Frankreich	1	4	16-17	26-29
Italien	2	3	22-23	45-47
Japan	10	9	6	8-11
Niederlande	17	19	9	20-22
Großbritannien	18	24	26-27	8-11
Schweiz	20	26	2	38-40
Schweden	23	21	10	12-15
<b>Deutschland</b>	<b>25</b>			
Kanada	30	35	7-8	17-19
Australien	32	39	12-13	26-29
Dänemark	34	65	4	3-5
USA	37	72	1	54-55

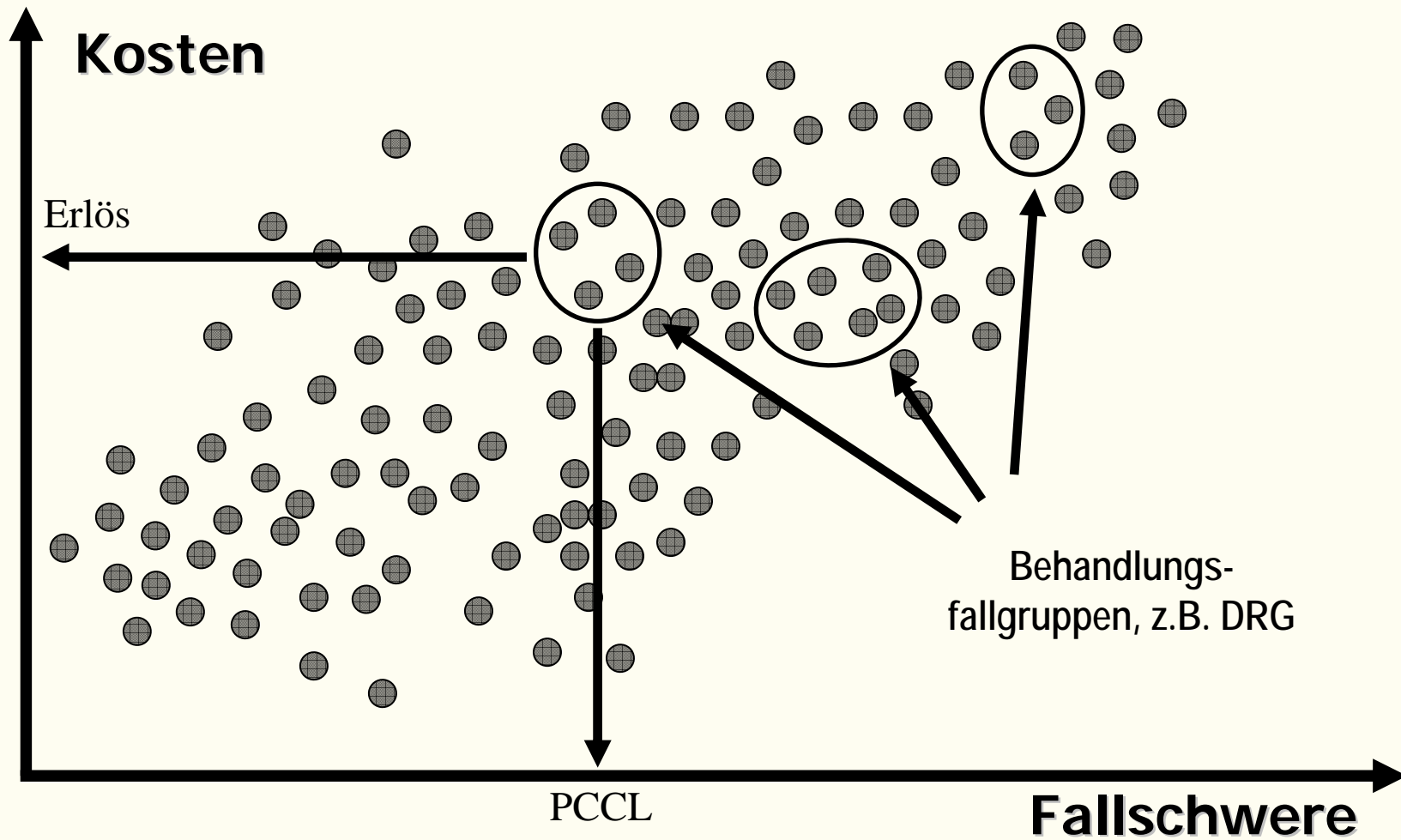
Quelle: WHO (2000).

**Tab. 3.3: Gesundheitssystemranking der World Health Organization (WHO)**

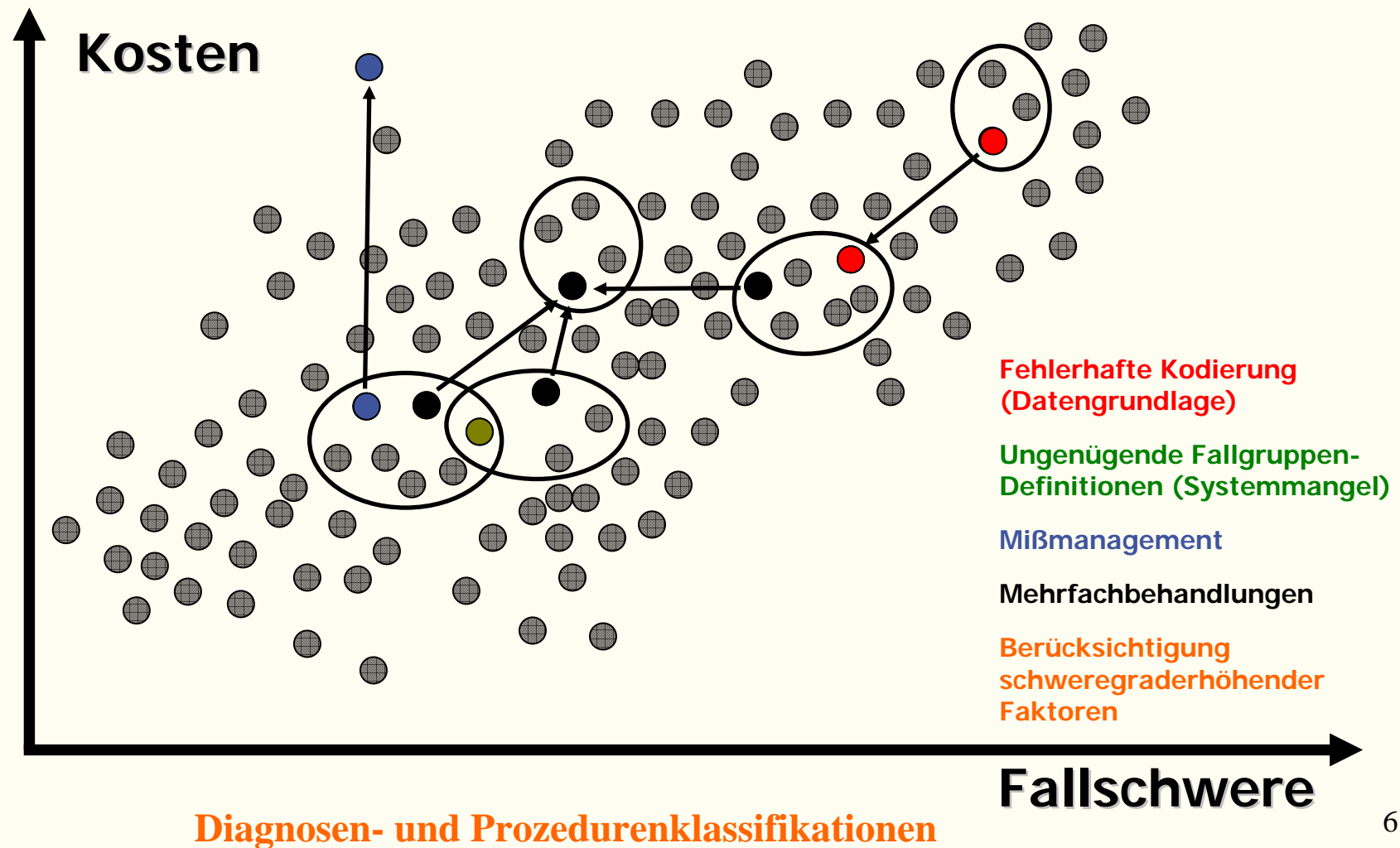
Land	Plazierung (Rang)			
	Gesamtbewertung (Performance)	Gesundheitsergebnisse (50%)	Respekt und Kundenorientierung (25%)	Finanzierungsgerechtigkeit (25%)
Frankreich	1	4	16-17	26-29
Italien	2	3	22-23	45-47
Japan	10	9	6	8-11
Niederlande	17	19	9	20-22
Großbritannien	18	24	26-27	8-11
Schweiz	20	26	2	38-40
Schweden	23	21	10	12-15
<b>Deutschland</b>	<b>25</b>	<b>41</b>	<b>5</b>	<b>6-7</b>
Kanada	30	35	7-8	17-19
Australien	32	39	12-13	26-29
Dänemark	34	65	4	3-5
USA	37	72	1	54-55

Quelle: WHO (2000).

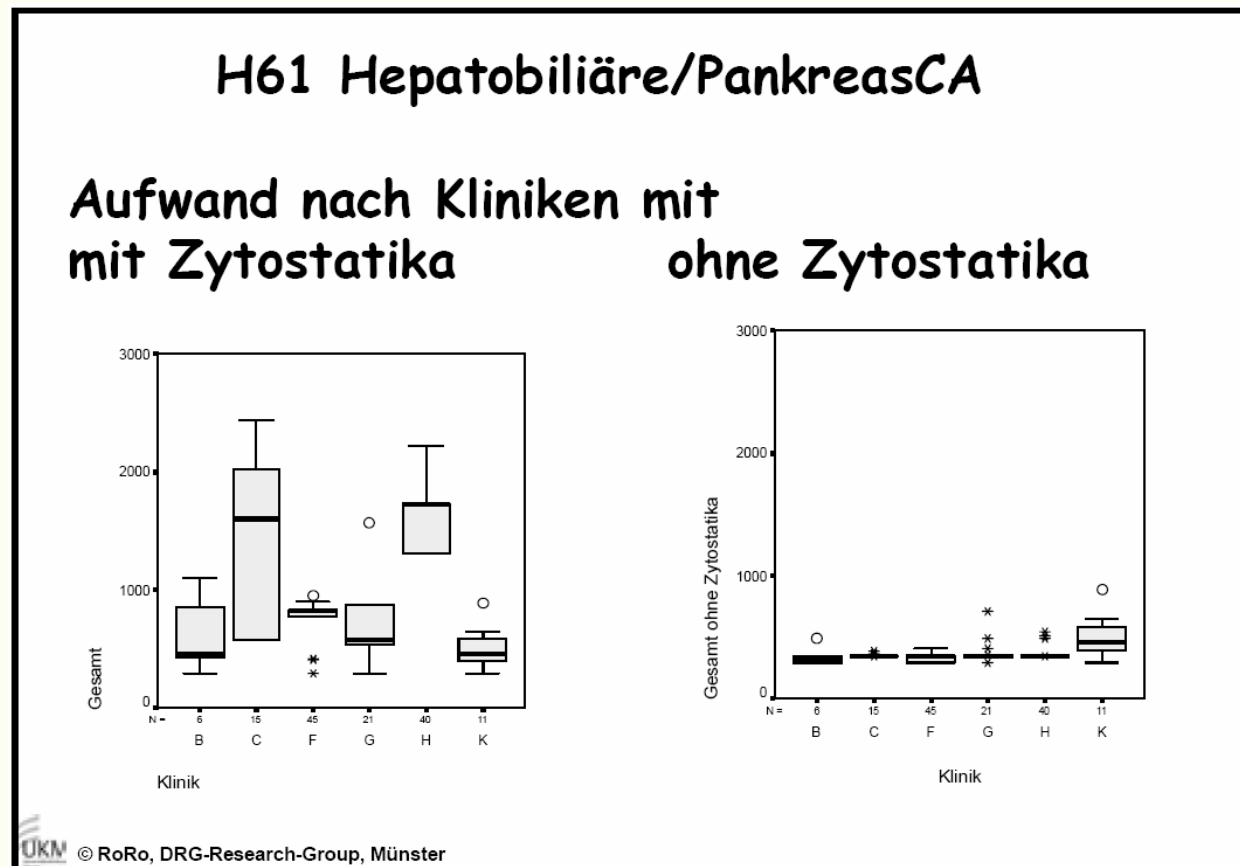
# Fallklassifikationssysteme



# DRG-Homogenität und ihre Probleme



# Wie pauschal ist die Pauschale?



# Zusatzentgelte

Anlage 2

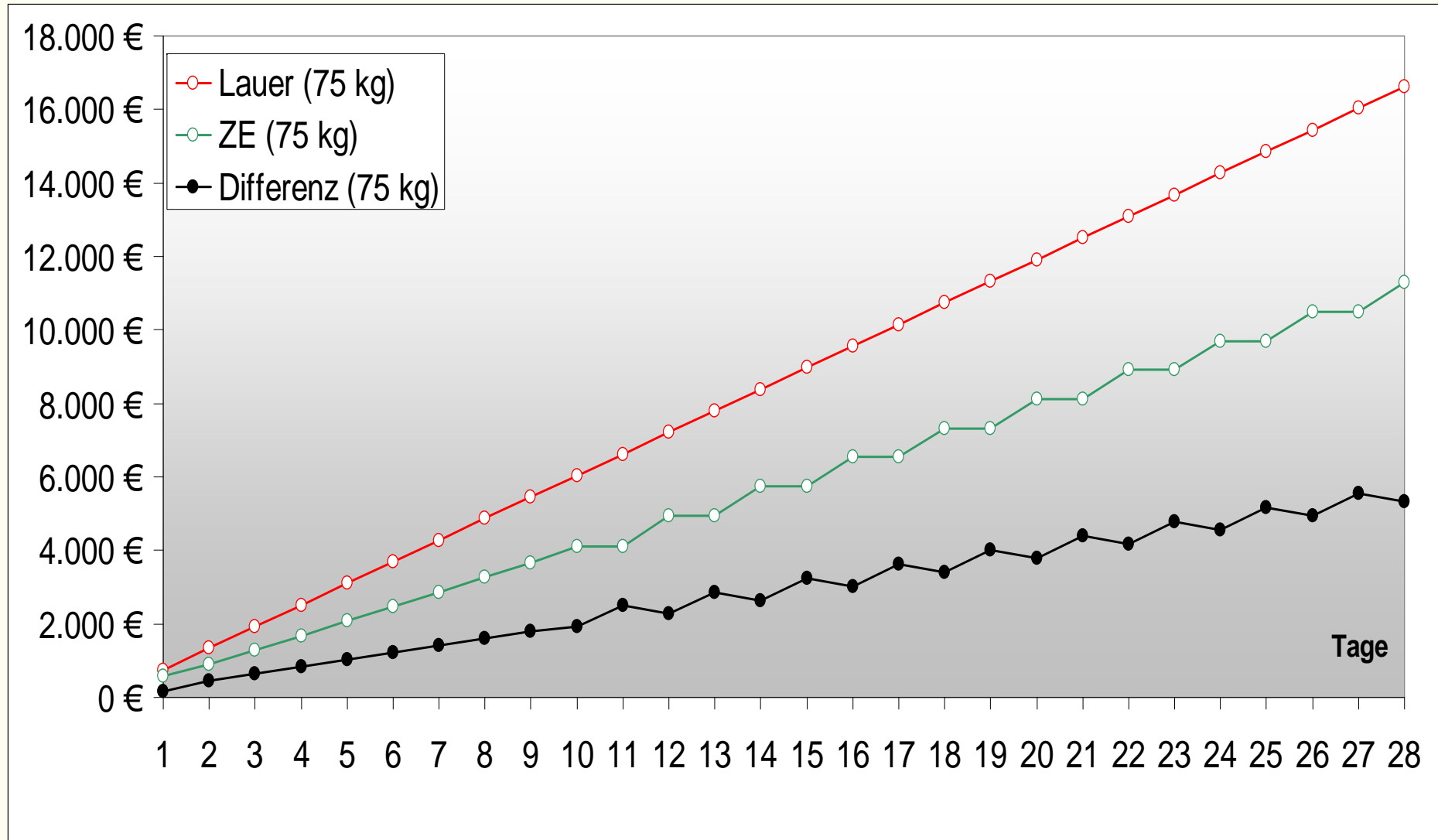
G-DRG-Version 2007

## Zusatzentgelte-Katalog <sup>1)</sup> - Liste -

ZE	Bezeichnung	Betrag
1	2	3
ZE67	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus,	siehe Anlage 5
ZE68	Gabe von Infliximab, parenteral	siehe Anlage 5
ZE69	Gabe von Imatinib, oral	siehe Anlage 5
ZE70	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral	siehe Anlage 5
ZE71	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	siehe Anlage 5
ZE72	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral	siehe Anlage 5
ZE73	Gabe von Rekombinantem aktivierten Protein C, parenteral	siehe Anlage 5
ZE74	Gabe von Bevacizumab, parenteral	siehe Anlage 5
ZE75	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	siehe Anlage 5
ZE76	Gabe von Etanercept, parenteral	siehe Anlage 5
ZE77	Gabe von Itraconazol, parenteral	siehe Anlage 5
ZE78	Gabe von Temozolomid, oral	siehe Anlage 5



# Zusatzentgelt für Caspofungin (Tagesdosis 50 mg)



# Was ist mit den Innovationen?

- Altes System
  - Tagessatz und Verhandlungsgeschick
  
- Neues System (DRG + ZEs)
  - Strukturierter Dialog
    - Offen für jeden
    - Regelmäßig einmal im Jahr
    - Jeder Vorschlag wird bewertet und beantwortet, ca. 15% werden umgesetzt
  - Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
    - Offen für jedes Krankenhaus
    - Regelmäßig einmal im Jahr
    - Jeder Vorschlag wird bewertet und beantwortet

# Ändern DRGs die Ergebnisse?

## In den USA und Australien:

- Generell keine messbare Verschlechterung der Behandlungsqualität
  - Aber siehe RAND Corporation
- Unveränderter Kostenanstieg im Gesundheitswesen
  - Aber Verringerung des Kostenanstiegs im stationären Bereich

## In Deutschland:

- Ergebnisse der Begleit-Forschung (noch) nicht verfügbar
- Für eine valide Beurteilung von Veränderungen wäre eine gute Datenlage aus der prä-DRG-Zeit notwendig

# Ändern DRGs Strukturen?

## In den USA und in Australien:

- Mehr Behandlungsfälle bei geringeren Kosten je Fall
- Aufbau von Dokumentations-Abteilungen
- Schließung und Fusion von Krankenhäusern
- Kooperationen mit Leistungsverlagerung in die ambulante Versorgung und in Pflegeheime

## In Deutschland:

- Weniger Behandlungsfälle
- Rückgang der Verweildauer
- Privatisierung(swelle)

# Ändern DRGs Prozesse?

## In den USA und Australien:

- Zielaufträge statt „Rundum“-Versorgung
- Verkürzung der Verweildauer
- Zunahme der Kosten je Behandlungstag
- Optimierung der Leistungsdarstellung

## In Deutschland:

- Beschäftigung mit ökonomischen Aspekten
- Vermeintliche und echte Anreize zur Änderung von Diagnostik und Therapie
- Implementierung von Behandlungspfaden

# Auswirkung der DRGs auf die Ergebnis-Qualität: Erfahrungen aus USA

**Kahn et al. (RAND-Corporation): The Effects of the DRG-based PPS on quality of care**

- Keine Veränderung der Letalität
- Keine Verlangsamung von Maßnahmen der Qualitätssicherung
- Verweildauer minus 24%
- Vermehrte Verlegung in Pflegeheime
- Vermehrte Entlassung in instabilem Zustand (Tabelle)

JAMA 264(15): 1990

Parameter	Rural Non-Teaching	Urban Non-Teaching	Urban Teaching	P
Herzinsuffizienz				
N	644	1182	986	-
Initiale DNR-Order	+ 3,1	+ 0,0	+ 0,27	n.s.
Instabile Entlassung	+ 4,3	+ 3,5	+ 2,8	n.s.
Pneumonie				
N	600	1169	958	-
Initiale DNR-Order	+ 3,5	+ 4,4	+ 3,5	n.s.
Instabile Entlassung	+ 11,6	- 0,3	+ 2,5	< 0,10
Schenkelhalsfraktur				
N	468	1282	996	-
Initiale DNR-Order	- 0,4	+ 0,91	+ 1,4	n.s.
Instabile Entlassung	+ 11,31	+ 3,1	+ 2,9	< 0,10

# Entwicklung des G-DRG-Systems

