

Durchschnittsentgelte und Onkologie, erst in der Klinik dann in der Praxis ?

**Nach der Gesundheitsreform „Versorgung von
Krebspatienten, Qualität quo vadis ?**

N. Roeder

DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster
Ärztlicher Direktor UKM

- **Vollstationär**
 - DRG
 - Zusatz entgelte
- **Teilstationär**
 - Pflegesätze
 - + **Medikamente ?**
- **Ambulant**
 - Vertragsärzte
 - Hochschulambulanz
 - KV-Ermächtigung
 - §116b - Verträge (?)



Problembereiche:

- fließende Übergänge, mangelhafte Abgrenzung
- unzureichende Definitionen
- regionale Insellösungen - „Finanzierungsspagat“

Vollstationäre Therapie

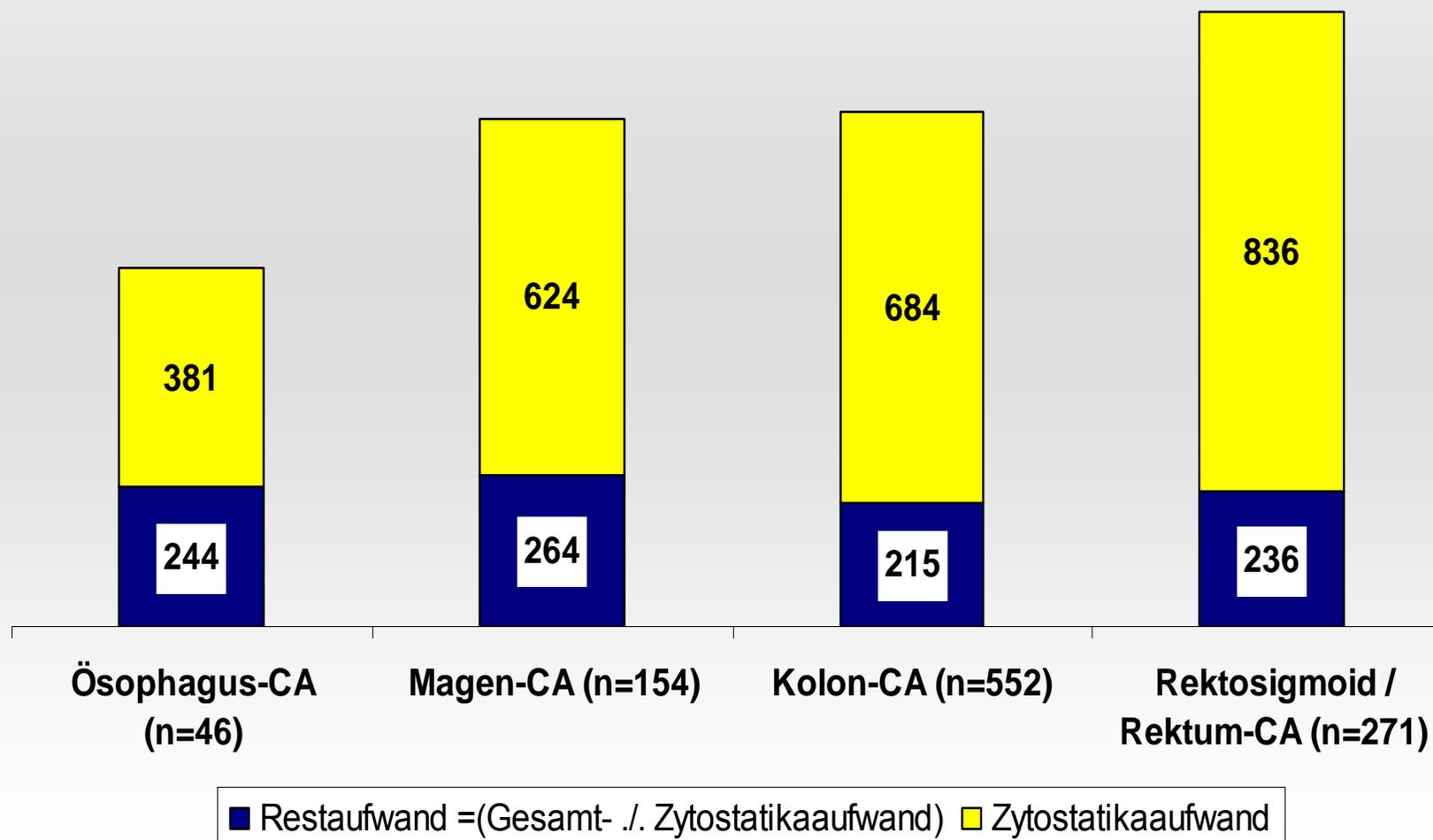
Versorgungsinhalte

- **Grundleistungen**
(Standard-Diagnostik, Therapie, Pflege, Hotellerie)
- **Therapeutika**
 - Chemotherapie, Antikörper etc.
 - Supportiva
 - Blutprodukte
- **Spezial-Diagnostik**
 - Staging bei Erstdiagnose
 - Zytogenetik etc.

Vollstationäre Therapie

Hoch variable Therapiekosten bedürfen additiver Vergütungen

G60E: Zytostatika- und Restaufwand in Abhängigkeit der Tumorlokalisation



Vollstationäre Therapie

Weiterentwicklung zur sachgerchten Leistungsfinanzierung

2003 → 2007

Akute Leukämie

R60A

R60B

R60C

- PCCL

**R60: Akute
myeloische
Leukämie**

R60A

R60B

R60C

R60D

R60E

R60F

R60G

- hochkomplexe
intensive
mäßig kompl.
lokale
Chemotherapie
- kompl. Diagnose
- Dialyse
- Portimplantation
- PCCL
- **Alter <16J.**

+ Zusatzentgelt(e)

**R63: Andere
akute
Leukämie**

R63A

R63B

R63C

R63D

R63E

R63F

R60G

- hochkomplexe
intensive
mäßig kompl.
lokale
Chemotherapie
- Dialyse
- Sepsis
- Agranulozytose
- Portimplantation
- PCCL

Vollstationäre Therapie

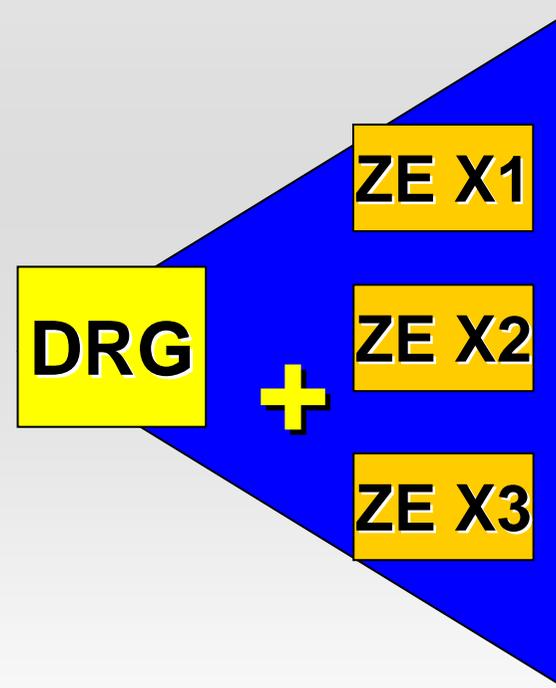
Ergänzung der DRG-Pauschale um Zusatzentgelte

G-DRG-System 2004

seit G-DRG-System 2005

Onkologie

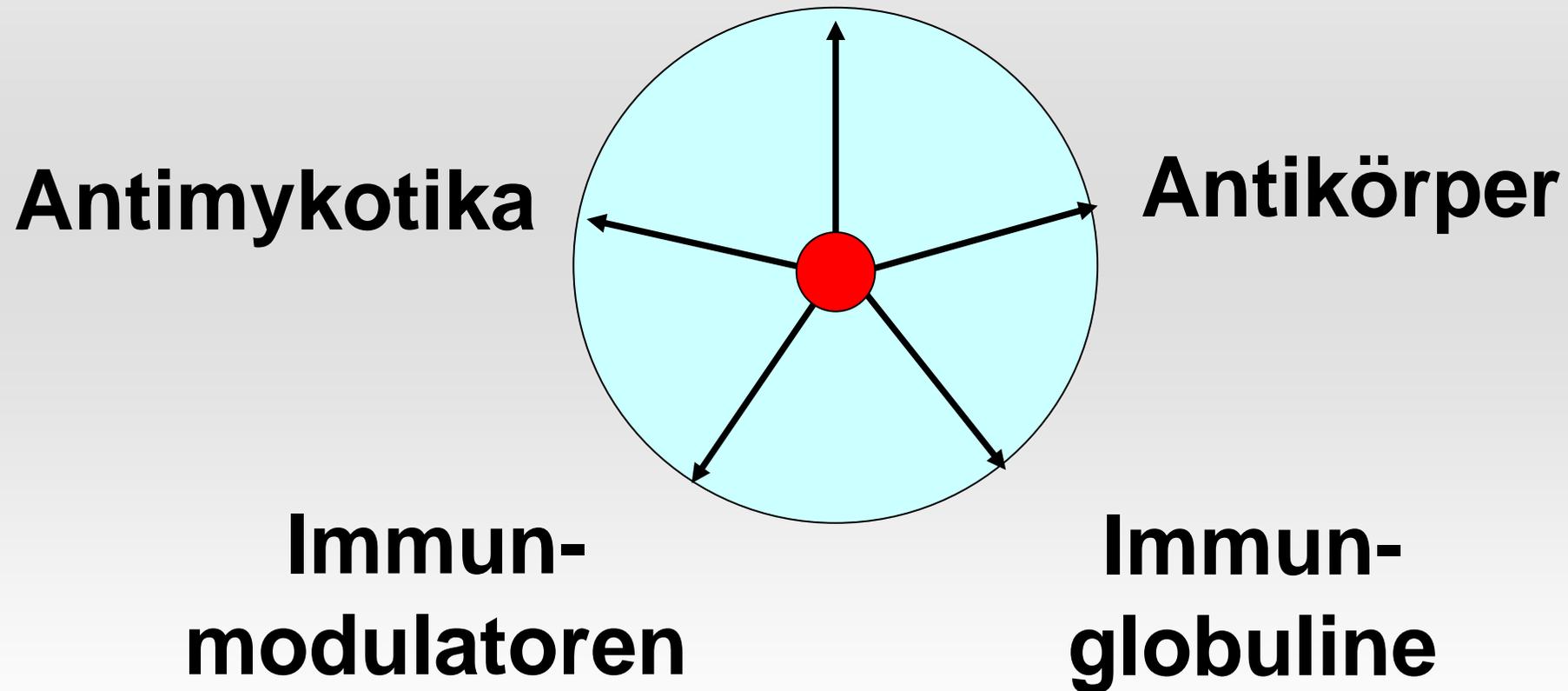
DRG-Pauschale



Konzept für Innovationsfinanzierung
ebenfalls vorhanden: NUB

Neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen

Zytostatika, i.v. & oral



Vollstationäre Therapie

Wichtige Strukturmerkmale der Zusatzentgelte

- Kein voller Kostenersatz !
- Basisvergütung (DRG) enthält schon Medikamente
- ZE nur für außerordentliche Belastung („Risikoschutz“, quasi „wie Teilkasko mit Selbstbeteiligung“)

Bei Bewertung immer Gesamtkosten betrachten:

- Längerer Aufenthalt kann mehr kosten als ZE
- Höhere Dosis – mehr NW – Mehrkosten ?
- Geld wird mit ZE nicht verdient !!

Vollstationäre Therapie

Zusatzentgelte 2007

- ZE mit bundeseinheitlicher Bewertung (n=59, +19)
- ZE ohne bundeseinheitliche Bewertung (n=46, +4)
- Einzelne ZE-relevante Wirkstoffe sowohl ergänzt als auch gestrichen
- Veränderte und zusätzliche Splitts (z. B. pädiatrische Dosisklassen-Splitts)
- Bewertungsanpassungen an Arzneimittel-Marktpreise
- Verschiebung zwischen bundeseinheitlich bewerteten und unbewerteten ZE
- Umsetzung der inhaltlichen Änderungen über OPS-Kodes

Vollstationäre Therapie

Neue bewertete Zusatzentgelte 2007

ZE	Bezeichnung	Gruppe
ZE60	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	
ZE71	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	Granulozytenkolonie-stimulierende Faktoren
ZE72	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral	Chemotherapeutikum
ZE73	Gabe von Rekombinantem aktivierten Protein C, parenteral	Protein C
ZE74	Gabe von Bevacizumab, parenteral	Monoklonaler Antikörper
ZE75	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	Chemotherapeutikum
ZE76	Gabe von Etanercept, parenteral	TNF- α -Blocker
ZE77	Gabe von Itraconazol, parenteral	Antimykotikum
ZE78	Gabe von Temozolomid, oral	Chemotherapeutikum
ZE79	Gabe von Busulfan, parenteral	Chemotherapeutikum

Vollstationäre Therapie

Neue unbewertete Zusatzentgelte 2007

ZE	Bezeichnung
ZE2007-47	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation
ZE2007-48	Distraktionsmarknagel
ZE2007-49	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion
ZE2007-50	Implantation einer Hybridprothese an der Aorta
ZE2007-51	Implantation eines Wachstumsstents
ZE2007-52	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers
ZE2007-53	Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, mit Fenestrierung oder Seitenarm
ZE2007-56	Gabe von Bosentan, oral
ZE2007-57	Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral
ZE2007-58	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral
ZE2007-59	Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral
ZE2007-60	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral

Formen der nicht vollstationären Versorgung im Krankenhaus und ausserhalb

- **Teilstationäre Versorgung**
 - in Krankenhäusern
 - besondere Form der stationären Versorgung

- **Ambulante Versorgung**
 - Vertragsärzte
 - Hochschulambulanzen
 - KV-Ermächtigungen
 - hochspezialisierte Versorgung am KH
(§ 116b SGB V, Fassung nach GKV-WSG)

Teilstationäre onkologische Versorgung

- Findet nur im Krankenhaus statt
- Setzt die besonderen Mittel eines Krankenhauses voraus
→ Muss sich daher von ambulanter Versorgung abgrenzen
- Abgrenzung sehr unklar vom Gesetzgeber definiert
- Leistung hat teilweise Schnittmenge zur Versorgung in Schwerpunktpraxen
→ KK behaupten: „TS ist alles ambulant“
→ V-Ärzte behaupten: „Wir machen das Gleiche“
- Tatsache: Unterschiede sind da, aber nicht für 100 % der Leistungen

Finanzierung

- DRG-Konzept trotz gesetzlichem Auftrag bisher nicht umgesetzt
- Definition TS und Finanzierung werden auf lokaler Ebene ausgehandelt
 - In der Regel Tagespauschalierung für die Gesamtleistung
 - Teilweise Tagespauschalierung zzgl. Besonders vereinbarte Medikamente
- Zunehmend Diskussion über Definition / Angrenzung zur amb. Versorgung

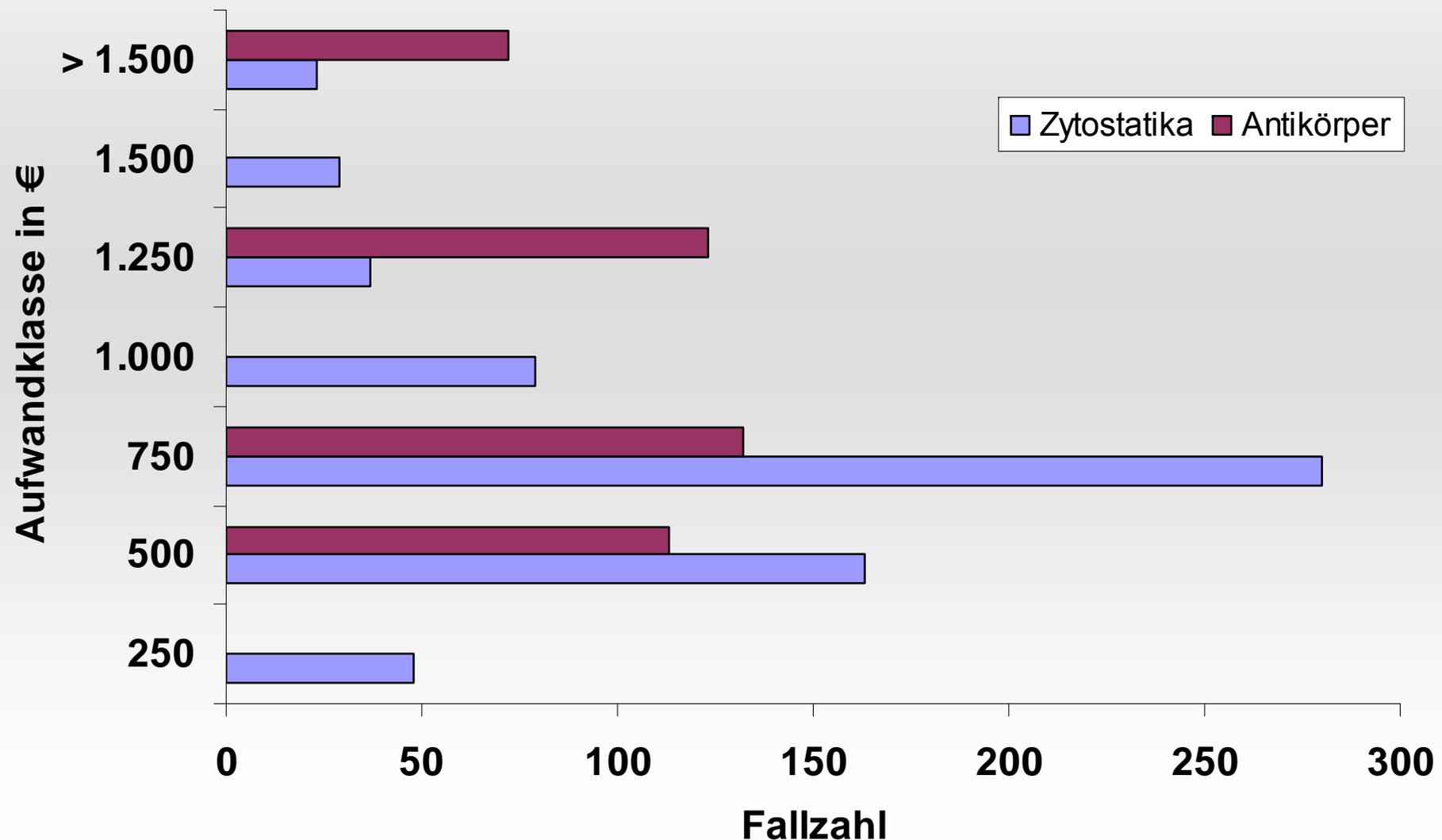
Teilstationäre Versorgung - Fragen

- Welche Kriterien rechtfertigen eine Aufnahme zur teilstationären Krankenhausbehandlung in dafür zugelassenen Krankenhäusern?
- Was unterscheidet die teilstationäre Krankenhausbehandlung von der vollstationären Krankenhausbehandlung?
- Was unterscheidet die teilstationäre Krankenhausbehandlung von den ambulanten Behandlungsformen und der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung?

Teilstationäre onkologische Therapie

Varianz der Arzneimittelkosten – z.B. Zytostatika & Antikörper

■ High Cost Therapeutika



Nicht vollstationäre Therapie

Mögliche Finanzierungskonzepte in Anlehnung an DRGs

Pauschalierte Finanzierung stationärer Leistung ergänzt durch additive Finanzierungsformen – wie z. B. ZEs

Konzept ist auf die nicht vollstationäre Versorgung übertragbar

- Ärztliche Leistung
- Pflegerische Leistung
- Psychologen und andere Berufsgruppen
- Nicht teure Therapeutika & Supportiva

**Basis-
pauschalen**

- Teure Therapeutika
- Teure Supportiva
- Blutprodukte

**„ nicht vollstationäres
Zusatzentgelt“**

Nicht vollstationäre Therapie

Mögliche Finanzierungskonzepte in Anlehnung an DRGs

- Konzept Grundpauschale + additive Komponenten
- Grundpauschale für Grundleistung, additive Vergütung für hochvariable Leistungsbestandteile

Basispauschale nicht vollstationäre Therapie

ggf. weiter differenziert nach

- Komorbidität und / oder
- Patientenalter

„Zusatzentgelt“ - ggf. weiter differenziert nach

- Arzneimittelgruppe oder
- Wirkstoff

Neue Finanzierungsmöglichkeiten der ambulanten onkologischen Therapie ?

- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (z.B. Satelitenpraxen am KH)
- Wettbewerbsstärkungsgesetz - § 116b SGB V
 - Krankenhaus unter bestimmten Bedingungen zur ambulanten Durchführung von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt
 - hierzu gehören auch die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen
 - Abrechnung über den EBM

- Pauschalierung der Finanzierung onkologischer Therapie ist komplex (vollstationär, teilstationär wie auch ambulant)
- Das stationär gefundene Konzept der Kombination von Pauschalen und additiven Vergütungskomponenten hat sich bewährt
- Dieses Konzept ist auf die **nicht vollstationären** Leistungssegmente übertragbar
- Zunächst Definitionen der Leistungssegmente notwendig
- Entwicklung und Kalkulation von Vergütungskomponenten muss auf solider Datenbasis (KH und V-Ärzte) erfolgen!
- **Nicht vollstationäre** Therapie muss definitorisch von der vollstationären abgegrenzt werden
- Innovation in der Therapie muss frühzeitig finanziert werden