Erfahrungen mit dem G-DRG-System fünf Jahre nach seiner Einführung aus Sicht der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)

Experience with the G-DRG System Five Years after its Introduction, as Assessed by the Society of Paediatric Oncology and Haematology (GPOH)

U. Göbel
H. Jürgens
A. Christaras
F. Berthold
T. Klingebiel

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist 2002 durch zwei breit angelegte Gesetzeswerke erheblich verändert worden. Durch Inkrafttreten des Krankenhausentgeltgesetzes [13] und des Fallpauschalengesetzes [6] ist anstelle der für jedes Krankenhaus individuell zu vereinbarenden Tagessätze das auf Diagnosen und Prozeduren basierende Fallpauschalengesetz getreten. Das Grundprinzip dieser Änderung ist, dass gleiche Leistungen durch die Fallpauschalen (G-DRG) unabhängig vom Leistungserbringer in identischer Höhe entgolten werden. Dabei werden Diagnosegruppen mit vergleichbarem ökonomischem Aufwand zusammengefasst und unabhängig von den tatsächlich im Einzelfall entstandenen Kosten einheitlich abgerechnet. Der durchschnittliche ökonomische Aufwand wird jährlich neu über Kostenträgerrechnungen berechnet, die von den Krankenhäusern des Bundesgebietes an das Institut für Krankenhausentgelte (InEK) gemeldet werden.

Hierdurch sollen

- die Krankenhausfinanzierung transparent,
- der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern verstärkt,
- die Schwerpunktbildung in den Kliniken gefördert,
- die Qualität der Behandlung verbessert und
- der Anstieg der stationären Behandlungskosten gestoppt

werden.

Um die zu erwartenden Schwierigkeiten abzufedern, ist das System als selbstlernend konfiguriert worden. So können auf dem Antragsweg von Jahr zu Jahr Anpassungen vorgenommen werden. Weiterhin wurde für die Einführung ein dreistufiges Verfahren beschlossen – bestehend aus Kodier-, Erprobungs- und Konvergenzphase – das sich auf insgesamt 8 Jahre erstrecken soll.

Da nach dem erklärten Willen der politisch Verantwortlichen durch die neuen Gesetze grundsätzlich nicht mehr Geld in das Gesundheitssystem fließen soll, ist die Einführung neuer DRGs nur durch die Abschaffung oder Umbewertung bisheriger DRGs möglich. Dies ist grundsätzlich sinnvoll, da es sich nicht um einen Patienten handelt, sondern um eine differenziertere Einteilung. Damit bei gleichbleibender Leistung für die behandelnde Klinik systembedingt keine Erlösminderung eintritt, hat die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), ähnlich wie die anderen Fachgesellschaften, eine Arbeitsgruppe benannt. Nach mehr als 5-jähriger Geltungsdauer der neuen Gesetze soll aus Sicht der Pädiatrischen Onkologie über die zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen und über einzelne konsekutiv eingetretene Veränderungen berichtet werden.

Wie sich dieses Verfahren auf die Leistungsentgeltung für die Pädiatrische Onkologie ausgewirkt hat, ist kürzlich modellhaft für eine Abteilung ausführlich dargestellt worden [4]. Nach teilweiser Neukodierung der Patienten entsprechend geänderter G-DRGs und Zusatzentgelte sank der Erlös 2005 gegenüber 2004 fast um 15% und konnte aufgrund von Änderungsanträgen der GPOH 2006 um lediglich etwa 3% wieder angehoben werden. Speziell die Einführung bundeseinheitlicher Zusatzentgelte für Medikamente und Blutprodukte hatte durch die in 2006 eingeführten Dosisstufen in diesem Bereich zu einer Reduktion um mehr als 20% geführt, welche jedoch durch Mehreinnahmen aus den nach Änderungsanträgen eingeführten Zusatzentgeltstufen für Kinder weitestgehend egalisiert wurden. Hier sind also Ausgleiche für besonders teure Medikamente durch die Absenkung der Eingangsstufen geschaffen worden.

Die vorgenommenen Eingriffe haben sich auf die Leistungserstattung für die Pädiatrische Onkologie wohl deshalb so gravierend ausgewirkt, weil die Falldichte niedrig und die abrechenbaren Fallpauschalen relativ hoch sind. Ein vergleichbarer Effekt kann selbst bei gleichbleibender Zahl von neu zugewiesenen Erkrankten auch durch die Variabilität in der Erkrankungsschwere zustande kommen und multipliziert sich mit der Zahl der protokollgemäßen Wiederaufnahmen. Es ist also auch bei gleichbleibender Patientenzahl zufallsbedingt mit erheblichen Schwankungen zu rechnen.

Wie sich diese Effekte über die kalkulierenden Kliniken auswirken, unterliegt ebenso wenig der Transparenz wie die genaue Zahl und die jeweilige Leistungsstruktur der für die Kalkulationen herangezogenen Kliniken. Die Strukturrepräsentativität der G-DRG Kalkulationsstrichprobe für die Pädiatrische Onkologie und Hämatologie ist den behandelnden Kliniken unbekannt. Unbeantwortet ist auch die Frage, wie in diesen Kos-

Bibliografie
DOI 10.1055/s-2007-990309
Klin Pädiatr 2007; 219: 303–305
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0300-8630

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. U. Göbel
goebelu@arcor.de

This document was downloaded for personal use only. Unauthorized distribution is strictly prohibited.

tenkalkulationen die durch Spendenmittel vor allem der örtlichen Elternvereine angestellten, in der Krankenbehandlung und in besonderem Maß in der psychosozialen Versorgung tätigen Mitarbeiter erfasst sind. Besonderheiten und Umfang der psychosozialen Betreuung sind in diesem Heft auf den Seiten 368–371 und 372–379 dargestellt.

Was aber geschieht, wenn eine Behandlungseinrichtung nicht über die Möglichkeiten der Schwerpunktbildung verfügt bzw. diese ausgeschöpft hat? Während der Konvergenzphase werden zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern weiterhin individuelle Budgets verhandelt und dann mit zu erbringenden G-DRGs und Zusatzentgelten verrechnet. Für das jeweilige Klinikum ist die Kompensationsmöglichkeit an anderer Stelle gegeben. Die erhoffte Transparenz kommt so allerdings noch nicht zustande, da wichtige Budgetierungsentscheidungen in die Kliniken verlagert werden. Dies wirkt sich besonders gravierend aus, wenn im Rahmen der Budgetverhandlungen von vornherein weniger Zusatzentgelte vereinbart werden, als im Rahmen einer möglichen Schwerpunktbildung erbracht werden können. Wie wird zukünftig mit starken Schwankungen bei den Erlösen von Quartal zu Quartal mit der Wiederbesetzung frei gewordener Stellen umgegangen? Werden dann längerfristige Trends zur Entscheidungsfindung herangezogen?

Generell besteht für alle Disziplinen mit geringer Patientendichte das Problem, dass die Fallzahlen, die bei der Stellung eines Änderungsantrages präsentiert werden können, selten ausreichen, um die erhoffte Zustimmung zu erhalten. Der Versuch, nach einer Ablehnung einen Antrag nach einer längeren Rekrutierungsphase erneut vorzulegen, ist in der Regel wenig erfolgreich. Dieser Sachverhalt wirkt sich in der Pädiatrischen Onkologie besonders gravierend aus, da jährlich 1.800 neu erkrankten Kindern und Jugendlichen etwa 400.000 erwachsene Krebspatienten gegenüberstehen und schon aufgrund des Zahlenverhältnisses zentral geplante oder dezentral beantragte Änderungen primär hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Erwachsenenonkologie betrachtet werden.

Da für Kinder und Erwachsene bei Außerachtlassung der Alters- und Mengensplits die gleichen G-DRGs gelten, ergibt sich ein weiteres Bias durch die Einführung neuer Medikamente. So werden z. B. die sehr wirksamen Taxane, monoklonalen Antikörper oder Tyrosinkinase-Inhibitoren vorzugsweise bei Erwachsenen studienmäßig zunächst in der Rezidivsituation eingesetzt, während bei Kindern infolge des andersartigen Diagnosespektrums und der besonderen Tumorbiologie mit den herkömmlichen Zytostatika Langzeitüberlebensraten (15 Jahre) von 70 % erzielt werden [11]. Die Einführung neuer Medikamente ist mit erheblichen Kosten verbunden, die durch Absenkung anderer G-DRGs kompensiert werden. Hiervon ist die Pädiatrische Onkologie in gleicher Weise wie die Erwachsenenonkologie betroffen, ohne jedoch von den Vorteilen der klinischen Prüfung profitieren zu können.

In Anbetracht der relativ geringen Gesamtzahl betroffener Patienten in der Pädiatrischen Onkologie einerseits und der hohen Heilungsraten andererseits sind in der Vergangenheit auf nationaler Ebene keine klinischen Studien für diese neuen Medikamente zustande gekommen. Darüber hinaus bestand für die forschende Pharmaindustrie bisher wenig wirtschaftliche Veranlassung, Arzneimittelprüfungen bei krebskranken Kindern durchzuführen. Auch wenn sich seit Einführung des Europäischen Arzneimittelgesetzes eine Änderung abzeichnet, sind für Kinder mit therapierefraktären Erkrankungen innovative Behandlungsverfahren noch immer vornehmlich forscherinitiiert zu entwickeln und zu prüfen [7]. Dabei werden nur teilweise gleichartige Ansätze wie in der Erwachsenenonkologie verfolgt [1, 12, 14, 16, 17], so dass die Pädiatrische Onkologie in weiten Bereichen weiterhin auf sich selbst gestellt ist (Beispiele in diesem Heft: S. 306–311 und 312–317). Bei diesen Wirkstoffentwicklungen sind die gesetzlichen Vorgaben der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes zu beachten und umzusetzen [2], was zusätzlich erhebliche Kosten verursacht (Beispiel in diesem Heft: S. 318–322). Dennoch sind diese Anstrengungen allemal gerechtfertigt durch die Aussicht, die Therapieergebnisse in der Pädiatrischen Onkologie auch weiterhin verbessern zu können. Hierzu gehören auch Langzeituntersuchungen (11), die zur Zeit noch häufig monoinstitutionell durchgeführt werden (Beispiele in diesem Heft S. 333–338, 339–342 und 355–360).

Während der Prozentsatz der in Therapieoptimierungsstudien behandelten erwachsenen Krebspatienten relativ gering ist, werden 90 % der an Krebs erkrankten Kinder und Jugendlichen in der Primärsituation nach flächendeckenden Therapieoptimierungsstudien behandelt. In der Pädiatrischen Onkologie haben gerade diese Protokolle den entscheidenden Durchbruch ermöglicht und bilden noch heute das Rückgrat der Therapie und der klinischen Forschung (Beispiel in diesem Heft: S. 312–317); gleichzeitig ist ein hohes Maß an Qualitätssicherung garantiert, das über die Studienleitungen den Patienten zugute kommt [5]. Zusätzlich werden im Rahmen der Referenzbegutachtung und Risikostratifizierung für definierte Patientengruppen Therapiereduktionen möglich [15] oder Rezidivsituationen vermieden [8]. Der unabhängig von der jeweiligen Krankheitssituation erforderliche Dokumentationsaufwand bei Patienten mit Behandlung nach einer solchen Therapieoptimierungsstudie ist erheblich und wird durch die bisherigen G-DRGs nicht abgebildet, da diese G-DRGs Mittel für die Dokumentation im Cent-Bereich beinhalten und für die Verschlüsselung der Erkrankungen und ihre Kodierung benötigt werden. Deshalb ist wiederholt und an verschiedenen Stellen die Einführung einer speziellen G-DRG für den qualitätssichernden Dokumentationsanteil der Behandlung im Rahmen von Therapieoptimierungsstudien vorgeschlagen worden. Die Dokumentationsleistungen für den Forschungsanteil, nicht zuletzt auch gemäß den gesetzlichen Vorgaben der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes, bedürfen weiterhin der Finanzierung aus Forschungsförderungsmitteln [9].

Eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der GPOH und des Dachverbandes der Elterninitiativen hat gemeinsam mit Vertretern der Krankenkassen Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre kinderonkologische Versorgung erarbeitet und eine entsprechende, seit Januar 2007 gültige Beschlussfassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorbereitet [3]. Diese die Qualität der Behandlung sichernde Vereinbarung geht einher mit der Bildung von ausgewiesenen Behandlungszentren und Schwerpunkten, eine Entwicklung, für die eine entsprechende Stärkung der Kliniken unerlässlich ist. Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss definierten Anforderungen werden von den Kliniken auf Dauer nur getragen werden können, wenn sich auch weiterhin kostendeckende Erlöse werden erwirtschaften lassen.

Die Einführung des Krankenhausentgeltgesetzes und des Fallpauschalengesetzes zwingt in weiten Bereichen der stationären Behandlung zum Umdenken, so auch in erheblicher Weise in der Pädiatrischen Onkologie. Zum jetzigen Zeitpunkt deutet vieles darauf hin, dass bei der Behandlung von krebskranken Kindern und Jugendlichen systembedingt und schleichend eine zunehmende Unterfinanzierung eintritt. Das Ausmaß dieser Veränderungen wird nur erkennbar, wenn früher erbrachte Leistungen

This document was downloaded for personal use only. Unauthorized distribution is strictly prohibited.

entsprechend geänderter G-DRGs und Zusatzentgelte neu kodiert werden [4]. Die von der GPOH ergriffenen Maßnahmen weisen in die richtige Richtung, können aber ohne zusätzliche Berücksichtigung im G-DRG-System den Bestand der ganz wesentlich durch die flächendeckende Teilnahme an den Therapieoptimierungsstudien bestimmten hohen Versorgungsqualität nicht sichern.

Eine Neu- und Umbewertung unter Berücksichtigung der besonderen Umstände der Pädiatrischen Onkologie ist dringend erforderlich. In einer Bestandsaufnahme zur Struktur und Ausstattung der Kinderkliniken mit einem kinderonkologischen Schwerpunkt werden zusätzlich zur Zahl der behandelten Patienten und hierzu zur Verfügung stehenden Betten sowie Mitarbeitern neue kontinuierliche Bezugsgrößen vorgestellt (S. 380–390). Hierbei gilt es, in der Kostenkalkulation die durch Spendenmittel angestellten und in der Krankenbehandlung und psychosoziale Versorgung tätigen Mitarbeiter mitzuerfassen. Für eine richtige Abbildung der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie ist es auch erforderlich, dass mehr Kliniken als bisher an der Kostenkalkulation mitarbeiten, um den unterschiedlichen Spezialisierungen im Sinne der Aufgabenteilung gerecht zu werden. Solange diese Aspekte bei der Kostenerstattung unberücksichtigt bleiben, sehen sich die ehrenamtlich tätigen Fördervereine aufgrund der zu vermutenden Unterfinanzierung weiterhin genötigt, Personalstellen für die normale Krankenversorgung und psychosoziale Betreuung bereitzustellen. Richtigerweise wären die Spendenmittel in Forschungsprojekte zu investieren.

Prof. Dr. U. Göbel
Bandredakteur – GPOH-Schwerpunktheft

Prof. Dr. H. Jürgens
Bandredakteur – GPOH-Schwerpunktheft

Dr. A. Christaras
G-DRG-Arbeitsgruppe der GPOH

Prof. Dr. F. Berthold
G-DRG-Arbeitsgruppe der GPOH

Prof. Dr. T. Klingebiel
Vorsitzender der GPOH

Literatur

1 *Ackermann B, Tröger A, Glouchkova L, Körholz D, Göbel U, Dilloo D.* Characterization of CD34+ progenitor-derived dendritic cells pulsed with tumor cell lysate for a vaccination strategy in children with malignant solid tumors and a poor prognosis. Klin Pädiatr 2004; 216: 176–182
2 *Benninger-Döring G, Boos J.* Arzneimittelentwicklung in der Kinderonkologie. Klin Pädiatr 2006; 218: 152–156
3 *Berthold F, Bode G, Böcker A, Christaras A, Creutzig U, Henze G, Herold R, Heyll A, Malzahn J, Rath T, Jürgens H.* Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre kinderonkologische Versorgung. Klin Pädiatr 2006; 218: 293–295
4 *Christaras A, Schaper J, Strelow H, Laws H-J, Göbel U.* Auswirkungen des selbstlernenden G-DRG-Systems 2004–2006 auf die Vergütung stationärer Leistungen bei pädiatrisch-hämatologisch-onkologischen Patienten am Beispiel einer Universitätsklinik. Klin Pädiatr 2006; 218: 366–378
5 *Creutzig U, Hannemann J, Krämer I, Zimmermann M, Herold R, Marx JF.* Das Qualitätshaus als Instrument zur Leistungsverbesserung von Studienzentralen der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. Klin Pädiatr 2005; 217: 114–119
6 Fallpauschalengesetz – FPG Vom 29. April 2002. BGB1. 1 Nr. 27, S. 1412
7 *Göbel U.* Bitte einen Gruppenfahrschein für „From bench to bedside" und wieder zurück! Klin Pädiatr 2005; 217: 307–309
8 *Göbel U, Calaminus G, Schneider DT, Koch S, Teske C, Harms D.* The malignant potential of teratomas in infancy and childhood: The MAKEI experiences in non-testicular teratoma and implications for a new protocol. Klin Pädiatr 2006; 218: 309–314
9 *Göbel U, Henze G.* Therapieoptimierung, Risikostratifizierung und neue Therapieverfahren. Klin Pädiatr 2006; 218: 129–131
10 *Gudowius S, Recker K, Laws H-J, Dirksen U, Tröger A, Wieczorek U, Furlan S, Göbel U, Hanenberg H.* Identification of candidate target antigens for antibody-based immunotherapy in childhood B-cell precursor ALL. Klin Pädiatr 2006; 218: 327–333
11 *Kaatsch P, Blettner M, Spix C, Jürgens H.* Das Langzeit-Follow-up in der deutschen pädiatrischen Onkologie als Basis für die Durchführung von Studien mit Langzeitüberlebenden. Klin Pädiatr 2005; 217: 169–175
12 *Koehl U, Esser R, Zimmermann S, Tonn T, Kotchetkov R, Bartling T, Sörensen J, Grüttner H-P, Bader P, Seifried E, Martin H, Lang P, Passweg JR, Klingebiel T, Schwabe D.* Ex vivo expansion of highly purified NK cells for immunotherapy after haploidentical stem cell transplantation in children. Klin Pädiatr 2005; 217: 345–350
13 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntG Vom 23. April 2002. BGB1. 1, S. 1412
14 *Lang P, Schumm M, Greil J, Bader P, Klingebiel T, Müller I, Feuchtinger T, Pfeiffer M, Schlegel P-G, Niethammer D, Handgretinger R.* A Comparison between three graft manipulation methods for haploidentical stem cell transplantation in pediatric patients: Preliminary results of a pilot study. Klin Pädiatr 2005; 217: 334–338
15 *Möricke A, Zimmermann M, Reiter A, Gadner H, Odenwald E, Harbott J, Ludwig W-D, Riehm H, Schrappe M.* Prognostic impact of age in children and adolescents with acute lymphoblastic leukemia: Data from the trials ALL-BFM 86, 90 and 95. Klin Pädiatr 2005; 217: 310–320
16 *Rössig C, Pscherer S, Landmeier S, Altvater B, Jürgens H, Vormoor J.* Adoptive cellular immunotherapy with CD19-specific T-cells. Klin Pädiatr 2005; 217: 351–356
17 *Simon T, Hero B, Faldum A, Handgretinger R, Schrappe M, Niethammer D, Berthold F.* Infants with Stage 4 Neuroblastoma: The impact of the chimeric anti-GD2-antibody ch1418 consolidation therapy. Klin Pädiatr 2005; 217: 147–152

This document was downloaded for personal use only. Unauthorized distribution is strictly prohibited.