

Onkologie

Neuregelungen

Dr. Arnim Findeklee

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.; Siegburg (VdAK)
Stellv. Leiter der Landesvertretung Thüringen

Landesvertretung
Thüringen

Ersatzkassen –
für eine gesunde Zukunft



Onkologische Versorgungsbereiche

- Stationäre Behandlung
- Teilstationäre onkologische Behandlung
- Behandlung nach § 116b SGB V im Krankenhaus
- Ambulante Behandlung



Stationäre Onkologie

- Die Finanzierung onkologischer Leistungen ist seit der Einführung des DRG-Systems im Umbruch. Das deutsche Fallpauschalensystem steuert zielstrebig auf ein Preissystem zu, welches ab 2009, in einem noch festzulegenden Rahmen auch für die Onkologie wirken soll. Die Behandlung onkologisch erkrankter Patienten ist zum Teil sehr komplex und kann damit hochvariabel hinsichtlich des Aufwandes sein.
- Seit 2003 wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, um die vollstationäre Behandlung in den DRG-Fallpauschalen adäquat abzubilden.
- Im Fallpauschalenkatalog gibt es mittlerweile 112 DRG-Fallpauschalen, für die Behandlung von onkologisch erkrankten Patienten. Hinzu kommen noch eine Anzahl von Zusatzentgelten, welche neben diesen DRG's abgerechnet werden können.



Beispiel für die Entwicklung der Abbildung von Onkologischen Leistungen

2003 → 2007

Akute Leukämie

R60A

R60B

R60C

- PCCL

R60: Akute myeloische Leukämie

R60A

R60B

R60C

R60D

R60E

R60F

R60G

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

+ Zusatzentgelte

R63: Andere akute Leukämie

R63A

R63B

R63C

R63D

R63E

R63F

R60G

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

+ Zusatzentgelte



Stationäre Onkologie

Die Abbildung der onkologischen Leistungen im DRG-Fallpauschalenkatalog wurde stetig weiterentwickelt. Für den Fallpauschalenkatalog 2009 und die dazugehörigen Zusatz- und sonstigen Entgelte lagen dem InEK auch wieder Vorschläge zur Weiterentwicklung der Abbildung der onkologischen Leistungen von verschiedenen Krankenhäusern und medizinischen Gesellschaften (z.B. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. (DGHO)) vor. Dies führte dazu, dass eine größere Differenzierung für den Bereich der Onkologie im neuen Fallpauschalenkatalog 2009 vorgenommen wurde.

Die Erbringung und Finanzierung von neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, welche auch in der Onkologie vorliegen, können nach § 6 Abs.2 KHEntgG i.V.m. der Vereinbarung zu § 6 Abs.2 zwischen der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen beim InEK bis zum 31.10. eines jeden Jahres beantragt werden. Das InEK entscheidet dann, ob diese Behandlung für das nächste Kalenderjahr zugelassen wird.

Landesvertretung
Thüringen

Ersatzkassen –
für eine gesunde Zukunft



Teilstationäre Onkologie

- Teilstationäre Leistungserbringung onkologischer Behandlungen
 - In den Fallpauschalkatalogen bis 2009 wurden keine DRG für eine teilstationäre Behandlung von onkologischen Behandlungen aufgenommen.
 - Möglicherweise besteht für die Erarbeitung und Vereinbarung von teilstationäre DRG`s im onkologischen Bereich aufgrund der Möglichkeit für die Krankenhäuser nach § 116b SGB V ambulante Leistungen (Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen) zu erbringen gar keine Notwendigkeit mehr
 - **Weiterhin ist die Kalkulation von teilstationären Leistungen extrem schwierig. Aus diesem Grund gibt es auch im Fallpauschalkatalog 2009 nur eine kalkulierte Leistung.**



Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V im Krankenhaus

- Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (2004) wurde die Möglichkeit geschaffen, Leistungen nach § 116b SGB V zu erbringen
- Durch das GKV-WSG erfolgte eine grundlegende Änderung des § 116b SGB V
- Bislang bedurfte es eines Vertrages zwischen Krankenkasse und Krankenhaus
- Mit dem GKV-WSG ist die Vertragskompetenz der Krankenkassen bei § 116b SGB V durch ein Antragsrecht des Krankenhausträgers ersetzt wurden.



Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V im Krankenhaus

- Voraussetzung für die Abrechnung nach § 116b SGB V ist ein Antrag des Krankenhauses sowie eine Zulassung durch den Krankenhausplanungsausschuss.
- Bei der Zulassung spielt der aktuelle vertragsärztliche Versorgungsbedarf keine Rolle.
- Die Leistungen werden auf der Grundlage des EBM nach Maßgabe des durchschnittlichen Punktwertes, der letzten vorliegenden Quartalsabrechnungen der jeweiligen KV vergütet.
- Ab 2009 werden Leistungen des Krankenhauses mit Preis der jeweils geltenden Euro-Gebührenordnung vergütet.



Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V im Krankenhaus

Neuer Absatz 6 durch Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Krankenhausärzte sind im § 116 b-Rahmen berechtigt zur:

- Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen
- Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransport sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Verordnung von Soziotherapie

Formulare aus der vertragsärztlichen Versorgung
Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassen,

Landesvertretung
Thüringen

Ersatzkassen –
für eine gesunde Zukunft



Ziel der ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

- Durch § 116 b soll stationäre Erfahrung für den ambulanten Bereich nutzbar gemacht werden.
- Keine Erfahrung ohne Fälle!
- Mindestmengen und Strukturanforderungen (z.B. interdisziplinäres Team) sind Teil aller Konkretisierungen (u.a. Forderung der Patientenvertreter).



Richtlinie zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V - Konkretisierung für onkologische Erkrankungen

Allgemeine Anforderungen

- Krankenhaus zugelassen für die jeweilige Tumorversorgung
- Fachabteilungen für Hämatologie-Onkologie und Strahlentherapie sollten vorhanden sein
- interdisziplinäres Team, Tumorkonferenz
- Leitung des Teams: Onkologe, Strahlentherapeut oder jeweilige Fachgruppe
- umfangreiche Rufbereitschaften
- Verpflichtung zur leitlinienorientierte Behandlung
- Erstüberweisung der Patienten durch Vertragsarzt (kein Facharztfilter; abweichende KBV-Position!)



Richtlinie zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

- Konkretisierung für onkologische Erkrankungen

Spezieller Teil für 11 Tumorgruppen

- 1 Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle
- 2 Tumore der Lunge und des Thorax
- 3 Knochen- und Weichteil-Tumore
- 4 Hauttumore
- 5 Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
- 6 Kopf- und Halstumore
- 7 Tumore des Auges
- 8 Gynäkologische Tumore
- 9 Urologische Tumore
- 10 Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
- 11 Tumore bei Kindern und Jugendlichen



Richtlinie zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

- Konkretisierung für onkologische Erkrankungen

Mindestmengenbeschluss Onkologie vom 17.01.2008

- 280 Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle
- 70 Tumore der Lunge und des Thorax
- 50 Knochen- und Weichteil-Tumore
- 50 Hauttumore
- 50 Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
- 70 Kopf- und Halstumore
- Tumore des Auges
- 330 Gynäkologische Tumore
- 320 Urologische Tumore
- 90 Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
- Tumore bei Kindern und Jugendlichen



Richtlinie zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

- Umsetzungsprobleme

- Eindeutige Kennzeichnung des verschreibenden Krankenhausarztes ist notwendig.
- Kontenrahmen der Kassen muss angepasst werden.
- Konzept für die Wirtschaftlichkeitsprüfung muss erarbeitet werden.
- Achtung: Die Verordnungsberechtigung gilt nicht generell, sondern nur für die § 116 b-Leistung.



Ambulante Behandlung – EBM 2008

- Nach altem EBM keine gesonderte Abrechnung von Betreuungspauschalen für onkologische Behandlungen
- Einführung von Zusatzpauschalen für die Betreuung von Patienten mit onkologischer Erkrankung
 - Chirurgen
 - Gynäkologen
 - HNO-Ärzte
 - Hautärzte
 - Internisten (Gastroenterologie, Pneumologen)
 - Mund-Kiefer-Gesicht-Chirurgen
 - Urologen



Ambulante Behandlung – EBM 2008

- Voraussetzung für Betreuungspauschale
 - Gesicherte onkologische Erkrankung
 - Fortlaufende Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge
 - Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges
 - Erstellung, Überprüfung und Anpassung des spezifischen Begleitkonzeptes
 - Kontrolle und Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen
 - Planung und Koordination der komplementären Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
 - Abrechenbar höchstens bis 2 Jahre nach Beendigung der onkologischen Behandlung



Ambulante Behandlung – EBM 2008

- Derzeitige Vergütung in der ambulanten vertragsärztlichen Onkologie aufgrund von Leistungen aus dem EBM 2008
 - Grundpauschale
 - 1x pro Quartal für onkologische Patienten
 - Beratung, Untersuchung, Therapiekonzepte, etc.
 - Zusatzpauschalen
 - 1x pro Quartal
 - Einzelleistungen
 - Tagesklinische Betreuung, Transfusionen, Infusionen, etc.



Ambulante Behandlung – Onkologievereinbarung der Ersatzkassen

- „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung“ wurde am 7. Juli 1994 (neugefasst mit Wirkung ab 1. Juli 1995) als Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen zwischen KBV und Verbänden der Ersatzkassen geschlossen.
- Einführung des Institut des onkologisch verantwortlichen Arztes

Landesvertretung
Thüringen

Ersatzkassen –
für eine gesunde Zukunft



Ambulante Behandlung – Onkologievereinbarung der Ersatzkassen

Aufgaben des onkologisch verantwortlichen Arztes

- Ganz oder teilweise Durchführung der ambulanten Behandlung
- Ausarbeitung eines Therapieplanes
- Leitung der Gesamtbehandlung anhand eines einheitlichen Therapieplanes und Koordination mit hinzugezogenen Vertragsärzten
- Information, Beratung und Motivation des Patienten sowie ggf. seiner Angehörigen
- Fachliche Beratung mitbehandelnder Ärzte
- Durchführung der Tumorthherapie und erforderlichenfalls der intravasalen zytostatischen Chemotherapie, der endokrinen und zytostatischen Behandlung
- Verlaufbeobachtung und Dokumentation zur Kontrolle des Therapieerfolges



Ambulante Behandlung – Onkologievereinbarung der Ersatzkassen

Aufgaben des onkologisch verantwortlichen Arztes

- Durchführung und/oder Koordination folgender Maßnahmen
 - Operative und/oder strahlentherapeutische Behandlung
 - Diagnostik und Therapie zusätzlicher Krankheiten
 - Supportive Therapie (z.B. Schmerztherapie, Transfusionen)
- Sicherstellung ständiger Hausbesuchsbereitschaft
- Einleitung und/oder Koordination von Maßnahmen zur
 - Psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie
 - Häusliche Krankenpflege
 - Einleitung von medizinischen, sozialen oder beruflichen Rehabilitationen



Ambulante Behandlung – Vergleich EBM – Onkologievereinbarung

Abrechnungsvoraussetzungen

- EBM 2008
 - Ohne Qualifikationsvoraussetzungen
 - Nur Facharztanerkennung erforderlich
- Onkologievereinbarung
 - Hohe Qualitätsvoraussetzungen (2 Jahre spezifische Ausbildung mit 200 bzw. 500 Therapiezyklen, etc.)
 - Genehmigung der KV erforderlich



Ambulante Behandlung – Vergleich EBM – Onkologievereinbarung

Inhalte

- Weitestgehend gleiche Regelungen zum Inhalt der vertragsärztlichen Behandlung krebserkrankter Patienten (ähnliche Formulierungen)
- Weitergehende Regelungen in der Onkologievereinbarung enthalten (z.B. OP und Strahlentherapie, supportive Therapie)
- Hausbesuchsbereitschaft im EBM 2008 nicht geregelt



Ambulante Behandlung – Vergleich EBM – Onkologievereinbarung

Organisation

- keine Regelungen im EBM 2008 im Vergleich zu Regelungen in der Onkologievereinbarung
 - Transportmöglichkeit
 - Rufbereitschaft
 - Behandlungsplätze
 - Abfallentsorgung
 - Qualifiziertes Personal
 - Zusammenarbeit mit onkologischen Zentren
- Lediglich die Dokumentation ist im EBM 2008 ebenfalls geregelt



Ambulante Behandlung – Vergleich EBM – Onkologievereinbarung

Fazit

- Im EBM sind die Anforderungen der spezifischen ICD-Kodierung je Fachgebiet und Aussagen zur Abrechenbarkeit vorteilhaft
- Wesentlich für die Onkologievereinbarung ist die
 - hohe qualitative Voraussetzung je Arzt
 - Einbeziehung der Hausärzte
 - Bessere Ausstattung und Organisation der Praxen
 - Fortbildung und Weiterbildung



Ambulante Behandlung – Vergleich EBM – Onkologievereinbarung

Fazit

- Dennoch erfolgte eine Kündigung der Onkologievereinbarung durch die Ersatzkassen.
- Aufgrund der erstmaligen Einführung von onkologischen Zusatzpauschalen in den EBM, ist eine Anpassung der bestehenden vertraglichen Regelungen erforderlich, da hierbei bestimmte Schnittflächen und Abrechnungsüberschneidungen vorliegen.
- Aufgrund des GKV-WSG und der Errichtung des GKV-Spitzenverbandes können ab dem 01.07.2008 künftig Regelungen der gesamten vertragsärztlichen Versorgung nur noch einheitlich geschlossen werden. Dies trifft insbesondere die bisher bestehenden Verträge Bundesmantelvertrag-Ärzte und Ersatzkassenvertrag-Ärzte.

Landesvertretung
Thüringen

Ersatzkassen –
für eine gesunde Zukunft



Ambulante Behandlung – Vergleich EBM – Onkologievereinbarung

Fazit

- Vor diesem Hintergrund soll eine Vereinheitlichung der Bundesmantelverträge erfolgen.
- Da jedoch unterschiedliche Onkologievereinbarungen im Rahmen der beiden Bundesmantelverträge bestehen und eine zukünftige inhaltliche gemeinsame Ausgestaltung aufgrund von abweichender Regelungen eine Durchsetzbarkeit behindern, wurde die Onkologievereinbarung der Ersatzkassen zum 31.12.2008 gekündigt.
- Um eine weitere hohe qualitative onkologische Behandlung gewährleisten zu können, haben bereits erste Gespräche wegen entsprechender Nachfolgeregelungen stattgefunden.

Landesvertretung
Thüringen

Ersatzkassen –
für eine gesunde Zukunft

