

# Versorgungsoptionen von Pleuraerguss und Aszites – eine Berechnung

Pleuraerguss und Aszites sind keine eigenen Erkrankungen, sondern Folge einer meist schon sehr weit fortgeschrittenen Grunderkrankung. Für den Pleuraerguss sind das beispielsweise Bronchialkarzinome, Herzerkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Mamma Karzinome. Aszites liegen Grunderkrankungen wie Leberzirrhose, Herzerkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Pankreaskarzinome zugrunde<sup>1</sup>.

Die Patient:innen befinden sich zum allergrößten Teil im Endstadium ihrer Erkrankung und somit am Ende ihres Lebens. Der Aspekt der Lebensqualität ist deshalb für sie überaus wichtig. Die Patient:innen sind aufgrund Ihrer Erkrankung bzw. aufgrund des Stadiums ihrer Erkrankung vielfach auch nicht mehr mobil.

In der verbleibenden, begrenzten Lebenszeit (Wochen bis wenige Monate) sollte den Patient:innen möglichst wenige Krankenhausaufenthalte zugemutet werden. Die Drainage des Ergusses über einen IPC (implantierter Katheter) kann durch Anschluss eines Drainagebehälters im häuslichen Umfeld durchgeführt werden und erspart aufwendige Krankenaufenthalte. Genau dieser Versorgungspfad steht derzeit aber in der Diskussion - die Hilfsmittelleigenschaft der Drainagelösung (Drainagebehälter), die Durchführung der Drainage durch die Patient:innen, ihre Angehörigen oder die häusliche Krankenpflege wird von Seite des GKV-Spitzenverbands angezweifelt. Damit läuft dieser Versorgungspfad Gefahr, abgeschafft zu werden. Welche Alternativen hätten die Patient:innen dann, wenn es keinen Versorgungspfad über ein Hilfsmittel mehr gäbe?

Ziel dieses Papiers ist die Gegenüberstellung der alternativen Versorgungspfade und Abrechnungsvarianten im Vergleich zur im Status quo möglichen Hilfsmittelversorgung. Damit zeigt sich auch erstmals die zusätzliche Belastung der Krankenkassen, wenn keine Hilfsmittelversorgung der oben genannte Patient:innengruppe mehr möglich wäre.

Die abrechenbare und praktisch durchführbare Versorgungsalternative für die Drainage von Pleuraflüssigkeit besteht aktuell neben der Hilfsmittelversorgung im stationären Bereich. Abrechenbar wäre die Drainage von Pleuraflüssigkeit theoretisch auch im Rahmen der ambulanten, insbesondere hausärztlichen Versorgung. Praktisch existiert dieser Weg allerdings nach dem aktuellen Kenntnisstand nicht regelhaft und würde die hausärztliche Versorgung vor weitere Herausforderungen stellen, die die Frage um delegierbare Leistungen, Hausbesuche und verfügbare Ressourcen beinhaltet. Beide Wege werden im Folgenden dargestellt. Bei beiden Wegen haben wir uns für die Darstellung des für die Krankenkassen günstigsten Falles entschieden.

## 1) Ausgangssituation stationär:

Wir betrachten die Alternative „Versorgung in der Klinik“ am Beispiel der Drainage der Pleuraflüssigkeit (Analogieschluss zur Behandlung des Aszites ist gegeben):

- Patient:in wurde mit liegendem Katheter zur Drainage eines Pleuraergusses aus der Klinik in die Häuslichkeit entlassen und muss für die Drainage erneut ins Krankenhaus.
- Die Durchführung einer Drainage bei liegendem Katheter rechtfertigt womöglich nach Ansicht des MD noch keinen Krankenaufenthalt.

---

<sup>1</sup> <https://ewimed.com/ewimed-report-2023/>, S. 6

- Der Krankenhausaufenthalt wäre dann gerechtfertigt, wenn die Krankheitslast entsprechend hoch wäre. Aufgrund von Multimorbidität und Immobilität ist in diesem Fall davon auszugehen, dass die Patient:innen stationär aufgenommen würden.
- Das Krankenhaus hätte nur die Möglichkeit, eine „Therapeutische Drainage der Pleurahöhle“ (OPS 8-144.X) abzurechnen. Sie kann wie folgt berechnet werden.

### Kalkulationsbeispiel: OPS 8-144.X „Therapeutische Drainage der Pleurahöhle“

Den Bestrebungen des GKV-Spitzenverband folgend, wäre die Pleuradrainage in der Hilfsmittelversorgung und somit in der Häuslichkeit durch die Betroffenen nicht mehr möglich. Basis für die Gegenüberstellung der Kosten ist die Erkenntnis, dass eine Abrechnungsalternative zur bestehenden Hilfsmittelversorgung bei der Drainage eines Pleuraergusses in der praktischen Umsetzbarkeit und im Status quo nur im stationären Umfeld existiert.

Grundlage für die Berechnung ist eine Fallzahl von 54.800<sup>2</sup> Pleuraergüssen in Deutschland pro Jahr und ein durchschnittlicher Versorgungszeitraum von 120 Tagen je Patient:in. Szenario 1 stellt die aktuellen Kosten der Versorgung unter Verwendung eines im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Hilfsmittels (Drainagebehälter) ohne die Kosten für die Behandlungspflege dar. Szenario 2 stellt den in der stationären Versorgung für die Krankenkassen günstigsten Fall auf Basis des bekannten und notwendigen Behandlungspfades dar, die sog. „Vorstationäre Behandlung“. Der enorme Effekt auf die Kosten bzw. die Mehrbelastung der Kassen durch eine Versorgung der Patient:innen bereits schon im „vorstationären Setting“ wird hier deutlich und liegt um das 9,4 bis 10,3 fache über dem Wert der Hilfsmittelversorgung.

	Kosten je Behandlung	Gesamtkosten pro Fall über Versorgungszeitraum	Gesamtkosten über alle Fälle (pro Jahr)	Faktor zu Kosten Szenario 1
<b>Szenario 1<sup>3</sup>:</b> Hilfsmittelversorgung in der Häuslichkeit	70,00€	3.600€	197.280.000,00 €	1,0 x
<b>Szenario 2:</b> Vorstationäre Behandlung im stationären Setting (Krankenhaus)	I Kardiologie: 656,97€ II Pneumologie: 719,34€	I Kardiologie: 33.787,03€ II Pneumologie: 36.994,63€	I Kardiologie: 1.851.529.165,71€ II Pneumologie: 2.027.305.645,71€	9,4 x 10,3 x
<i>Die Details zur Berechnung finden Sie im Anhang 1</i>				

Naturgemäß würde die Drainage eines Pleuraergusses im stationären Umfeld demnach zu deutlichen Mehrkosten im Vergleich zur bewährten Hilfsmittelversorgung führen. Die Tabelle verdeutlicht die Unterschiede und zeigt klar die Kosteneffizienz der Hilfsmittelversorgung auf.

## 2) Ausgangssituation ambulant – mit delegierbarer Leistung in häuslichem Umfeld:

Wir betrachten die Alternative „Versorgung durch den Hausarzt mit delegierbarer Leistung in häuslichem Umfeld“ am Beispiel der Drainage der Pleuraflüssigkeit (Analogieschluss zur Behandlung des Aszites ist gegeben):

- Patient:in wurde mit liegendem Katheter zur Drainage eines Pleuraergusses aus der Klinik in die Häuslichkeit entlassen.

<sup>2</sup> <https://ewimed.com/ewimed-report-2022/>, S. 12

<sup>3</sup> Die Kosten der Behandlungspflege sind hier nicht inkludiert.

- Der Hausarzt verordnet die Drainage entsprechend dem patientenindividuellen Bedarf sowie die dafür notwenigen Sachmittel in Form eines Drainagebehälters. Die Verordnung wird in den Kosten nicht betrachtet, da sie sowohl im Hilfsmittel-Versorgungspfad als auch im hier betrachteten Pfad gleich ist und nicht eingerechnet wurde.
- Die Drainage und damit das Anschließen des Drainagebehälters und die Beaufsichtigung der Entnahme der Pleuraflüssigkeit wird als ärztliche Leistung vom Hausarzt selbst oder im hier beschriebenen Fall als delegierbare Leistung durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter des Hausarztes erbracht.
- Der durch den Hausarzt beauftragte, nichtärztliche Mitarbeiter führt patientenindividuell, regelhaft aber mehrfach wöchentlich eine Drainage in der Häuslichkeit durch.
- Für seine Leistung zur Pleuradrainage kann der Hausarzt die GOP 02343 „Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage“ abrechnen sowie die GOP 38100 „Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter“.

#### Kalkulationsbeispiel: GOP 02343 und GOP 38100

Den Bestrebungen des GKV-Spitzenverband folgend, wäre die Pleuradrainage in der Hilfsmittelversorgung und somit in der Häuslichkeit durch die Betroffenen nicht mehr möglich. Basis für die folgende Gegenüberstellung der Kosten ist der Anspruch des GKV-Spitzenverbandes, dass die Drainage als ärztliche bzw. delegierbare ärztliche Leistung durchgeführt wird. Eine Abrechnungsmöglichkeit wird aufgezeigt. Praktisch existiert dieser Weg allerdings nach dem aktuellen Kenntnisstand nicht regelhaft und würde die hausärztliche Versorgung vor weitere Herausforderungen stellen.

Wie im Beispiel zur Alternative „Versorgung in der Klinik“ ist die Grundlage für die Berechnung eine Fallzahl von 54.800<sup>4</sup> Pleuraergüssen in Deutschland pro Jahr und ein durchschnittlicher Versorgungszeitraum von 120 Tagen je Patient:in. Szenario 1 stellt die aktuellen Kosten der Versorgung unter Verwendung eines im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Hilfsmittels (Drainagebehälter) ohne die Kosten für die Behandlungspflege dar. Szenario 2 stellt den oben beschriebenen Versorgungspfad „Versorgung durch den Hausarzt mit delegierbarer Leistung in häuslichem Umfeld“ dar. Selbst in diesem Versorgungspfad liegen die Kosten für die Krankenkassen um das 1,6 fache über dem Status quo.

	Kosten je Behandlung	Gesamtkosten pro Fall über Versorgungszeitraum	Gesamtkosten über alle Fälle (pro Jahr)	Faktor zu Kosten Szenario 1
<b>Szenario 1<sup>5</sup>:</b> Hilfsmittelversorgung in der Häuslichkeit	70,00€	3.600€	197.280.000,00 €	1,0 x
<b>Szenario 2:</b> Versorgung durch den Hausarzt mit delegierbarer Leistung in häuslichem Umfeld	110,10€	5.662,29 €	310.293.257,14 €	1,6 x
<i>Die Details zur Berechnung finden Sie im Anhang 2</i>				

Auch die Drainage von Pleuraergüssen im ambulanten Umfeld führt demnach zu deutlichen Mehrkosten im Vergleich zur bewährten Hilfsmittelversorgung. Das ergibt sich bereits aus dem Fakt, dass die Drainage ohne Hilfsmittelversorgung immer durch eine Fachperson durchgeführt werden

<sup>4</sup> <https://ewimed.com/ewimed-report-2022/> S. 12

<sup>5</sup> Die Kosten der Behandlungspflege sind hier nicht inkludiert.

muss. Die Tabelle verdeutlicht die Unterschiede und zeigt klar die Kosteneffizienz der Hilfsmittelversorgung auf.

# Anhang 1

Basis für die dargestellte Berechnung sind die sich nach unseren Recherchen ergebenden Eckdaten der Versorgung von Pleuraergüssen.

- Der durchschnittliche Versorgungszeitraum eines Pleuraergusses mittels Drainage entspricht 120 Tagen (17,14 Versorgungswochen).
- Dabei ist 3-mal pro Woche eine Drainage nötig, woraus sich **51,43 Behandlungen pro Patient** im Behandlungszeitraum von 120 Tagen ergeben.
- Die in der oben aufgeführten Tabelle dargestellten Berechnungen basieren auf einer Fallzahl von **54.800 Pleuraergüssen** in Deutschland pro Jahr.

## **Szenario 1 – Bestehende Versorgung über eine Drainage durch ein anzuwendendes Hilfsmittel in der Häuslichkeit:**

- Die Verordnung durch den Hausarzt wird in den Kosten nicht betrachtet.
- Die Kosten je Behandlung betragen **70,00€**. Dabei handelt es sich um reine Materialkosten. Die Kosten für eine möglicherweise notwendige Behandlungspflege wären gesondert zu berechnen.
- Pro Behandlungsfall ergeben sich somit Gesamtkosten von  $70,00\text{€} \times 51,43 \text{ Behandlungen} = 3.600\text{€}$
- Multipliziert über alle Fälle in Deutschland, ergeben sich Kosten für das deutsche Gesundheitssystem in Höhe von **197.280.000€** pro Jahr.

## **Szenario 2:**

Bei einer Versorgung im vorstationären Setting ergeben sich zwei verschiedene Kostenpunkte, abhängig davon, in welcher Fachabteilung die Patient:innen behandelt werden.

### I: Kardiologie

- Die Kosten je Behandlung betragen **656,97€**. Diese setzen sich zusammen aus 156,97€ für die Behandlung in der Kardiologie und 500€ Fahrtkosten.
- Pro Behandlungsfall ergeben sich somit Gesamtkosten von  $656,97\text{€} \times 51,43 \text{ Behandlungen} = 33.787,03\text{€}$
- Multipliziert über alle Fälle in Deutschland, ergeben sich Kosten für das deutsche Gesundheitssystem in Höhe von ca. 1,9 Mrd.€. Dies entspricht dem **9,4-fachen an Kosten** verglichen mit Szenario 1

### II: Pneumologie

- Die Kosten je Behandlung betragen **719,34€**. Diese setzen sich zusammen aus 219,34€ für die Behandlung in der Pneumologie und 500€ Fahrtkosten.
- Pro Behandlungsfall ergeben sich somit Gesamtkosten von  $719,34\text{€} \times 51,43 \text{ Behandlungen} = 36.994,63\text{€}$
- Multipliziert über alle Fälle in Deutschland, ergeben sich Kosten für das deutsche Gesundheitssystem in Höhe von ca. 2 Mrd.€. Dies entspricht dem **10,3-fachen an Kosten** verglichen mit Szenario 1

### Weitere Szenarien im stationären Setting:

Bei einer Versorgung im stationären Setting ergeben sich drei verschiedene Kostenpunkte, abhängig von der jeweiligen Verweildauer der Patient:innen.

#### I: E73B<sup>6</sup> (1 VWD<sup>7</sup>/ BBFW<sup>8</sup> 4.000,71 € / DRG-Grouper 2023<sup>9</sup>)

- Bei einer Verweildauer von einem Tag ergeben sich Kosten je Behandlung von **1.388,16€**. Diese setzen sich zusammen aus 888,16€ aus der DRG-Vergütung und 500€ Fahrtkosten (Hin- und Rückfahrt mit qualifiziertem Krankentransport. Die Kosten für den Krankentransport werden nach unseren Recherchen für die einfache Fahrt 250€ betragen).
- Pro Behandlungsfall ergeben sich somit Gesamtkosten von  $1.388,16\text{€} \times 51,43 \text{ Behandlungen} = 71.391,09\text{€}$
- Multipliziert über alle Fälle in Deutschland, ergeben sich Kosten für das deutsche Gesundheitssystem in Höhe von ca. 3,9 Mrd.€. Dies entspricht dem **19,8-fachen an Kosten** verglichen mit Szenario 1

#### II: E73B (3 VWD/ BBFW 4.000,71 € / DRG-Grouper 2023) – je Woche

- Bei einer Verweildauer von drei Tagen ergeben sich Kosten je Behandlung von **1.286,81€**. Diese setzen sich zusammen aus  $2.360,42\text{€}/3$  aus der DRG-Vergütung und 500€ Fahrtkosten (Hin- und Rückfahrt mit qualifiziertem Krankentransport).
- Pro Behandlungsfall ergeben sich somit Gesamtkosten von  $1.286,81\text{€} \times 51,43 \text{ Behandlungen} = 66.178,63\text{€}$
- Multipliziert über alle Fälle in Deutschland, ergeben sich Kosten für das deutsche Gesundheitssystem in Höhe von ca. 3,6 Mrd.€. Dies entspricht dem **18,4-fachen an Kosten** verglichen mit Szenario 1

#### III: E73B (6 VWD/ BBFW 4.000,71 € / DRG-Grouper 2023) – innerhalb OGVD (12 Tage)

- Bei einer Verweildauer von sechs Tagen ergeben sich Kosten je Behandlung von **893,40€**. Diese setzen sich zusammen aus  $2.360,42\text{€}/6$  aus der DRG-Vergütung und 500€ Fahrtkosten (Hin- und Rückfahrt mit qualifiziertem Krankentransport).
- Pro Behandlungsfall ergeben sich somit Gesamtkosten von  $893,40\text{€} \times 51,43 \text{ Behandlungen} = 45.946,46\text{€}$
- Multipliziert über alle Fälle in Deutschland, ergeben sich Kosten für das deutsche Gesundheitssystem in Höhe von ca. 2,5 Mrd.€. Dies entspricht dem **12,8-fachen an Kosten** verglichen mit Szenario 1

<sup>6</sup> Die DRG (Diagnosis Related Group) E73B definiert den Erlös eines Krankenhauses bei der Behandlung eines Pleuraergusses.

<sup>7</sup> VWD: Verweildauer (1 VWD = Verweildauer von einem Tag).

<sup>8</sup> BBFW: Bundesbasisfallwert (der Wert entsprach 2023 einer Höhe von 4.000,71€).

<sup>9</sup> DRG-Grouper: Der DRG Grouper ist ein Software-Programm, welches im klinischen Alltag die Zuordnung von Behandlungssepioden zu Major Diagnostic Categories (MDC) und Diagnosis Related Groups (DRG) ermöglicht. Dadurch kann das fallspezifische Entgelt (DRG-Erlös) von medizinisch erbrachten Leistungen ermittelt und zu Abrechnungszwecken genutzt werden.

# Anhang 2

Basis für die dargestellte Berechnung sind die sich nach unseren Recherchen ergebenden Eckdaten der Versorgung von Pleuraergüssen.

- Der durchschnittliche Versorgungszeitraum eines Pleuraergusses mittels Drainage entspricht 120 Tagen (17,14 Versorgungswochen).
- Dabei ist 3-mal pro Woche eine Drainage nötig, woraus sich **51,43 Behandlungen pro Patient** im Behandlungszeitraum von 120 Tagen ergeben.
- Die in der oben aufgeführten Tabelle dargestellten Berechnungen basieren auf einer Fallzahl von **54.800 Pleuraergüssen** in Deutschland pro Jahr.

## **Szenario 1 – Bestehende Versorgung über eine Drainage durch ein anzuwendendes Hilfsmittel in der Häuslichkeit:**

- Die Verordnung durch den Hausarzt wird in den Kosten nicht betrachtet.
- Die Kosten je Behandlung betragen **70,00€**. Dabei handelt es sich um reine Materialkosten. Die Kosten für eine möglicherweise notwendige Behandlungspflege wären gesondert zu berechnen.
- Pro Behandlungsfall ergeben sich somit Gesamtkosten von  $70,00\text{€} \times 51,43 \text{ Behandlungen} = 3.600\text{€}$
- Multipliziert über alle Fälle in Deutschland, ergeben sich Kosten für das deutsche Gesundheitssystem in Höhe von **197.280.000€** pro Jahr.

## **Szenario 2 - Versorgung durch den Hausarzt mit delegierbarer Leistung in häuslichem Umfeld**

- Die Kosten je Behandlung betragen **110,10€** und setzen sich wie folgt zusammen: 31,03€ - GOP 02343 „Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage“ + 9,07€ - GOP 38100 „Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter“ + 70,00€ Sachkosten durch Drainage-Kit.
- Pro Behandlungsfall ergeben sich somit Gesamtkosten von  $110,10\text{€} \times 51,43 \text{ Behandlungen} = 5.662,29 \text{ €}$
- Multipliziert über alle Fälle in Deutschland ergeben sich Kosten für das deutsche Gesundheitssystem in Höhe von **310.293.257,14 €** pro Jahr.